

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA PAGLIACE

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA EM TRATAMENTO NO HOSPITAL GERAL**

**CURITIBA
2017**

ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA PAGLIACE

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA EM TRATAMENTO NO HOSPITAL GERAL**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA
2017**

Pagliace, Ângela Gonçalves da Silva.

Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral/ Ângela Gonçalves da Silva Pagliace – Curitiba, 2017.

185 f.: il.; 30cm

Orientadora: Professora Dra Mariluci Alves Maftum

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Avaliação em saúde 2. Saúde mental 3. Cuidados de enfermagem. 4. Criança. 5. Adolescente. 6. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.8



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 4000101604597

TERMO DE APROVAÇÃO

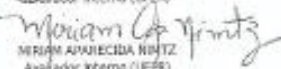
Os membros do Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a defesa da Tese de Doutorado de **ANGELA GONCALVES DA SILVA**, intitulada: **"AVALIAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOTRÓFICA EM TRATAMENTO NO HOSPITAL GERAL."**, após terem inspecionado a banca a realização a avaliação do trabalho, são de parecer pelo seu aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.


Curitiba, 21 de Agosto de 2017.


MARIA ALVES BAPTISTA
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARIA HELENA LACERDA
Avaliador Interno (UFPR)


MIRIAM APARECIDA NITZ
Avaliador Interno (UFPR)

MARIA JOSÉ SANCHES MARIN
Avaliador Externo (FAMEMA)


LUCIANE PRADO KANTORSKI
Avaliador Externo (UFPEL)

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo **Armando Júnior**, pela cumplicidade,
respeito, paciência e, por me
acompanhar nessa caminhada.*

*A **Daniel** e **Deuza**, meus pais.
pessoas maravilhosas que me ensinaram as
mais belas lições da vida. Por me ensinarem
o valor do conhecimento e a necessidade
de sua busca.*

*À **Adélia**, **Edson** e **Paulo**, meus queridos irmãos
e verdadeiros entusiastas,
por seu carinho, cumplicidade, afeto e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, coragem e saúde para o desenvolvimento desse estudo, sobretudo por sua onipresença e proteção aos que amo.

À minha família, pessoas que amo, por compreenderem a necessidade de minha ausência mesmo nos momentos mais importantes.

À Dra Maríluci Alves Maftum, minha orientadora, por sua sabedoria, competência, confiança e incentivo para a conclusão desse estudo, sobretudo pela forma humana com que sempre se dirigiu à minha pessoa. A você, meu respeito, minha sincera gratidão e profunda admiração.

Às professoras Doutoras Luciane Prado Kantorski, Maria Ribeiro Lacerda, Miriam Aparecida Nimitz, Maria José Sanches Marin, Marilene Lowen Wall, Maria de Fátima Mantovani e Doutor Márcio Roberto Paes, pelo aceite em compor a banca de defesa desse estudo.

Às doutorandas Tatiana Brusamarello, Fernanda Carolina Capistrano, Aline Cristina Zerwes Ferreira, Juliana Czarnobay, meus sinceros agradecimentos pelo apoio nesta caminhada.

A toda a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, meus colegas de trabalho.

Ao grupo de trabalho “Projeto de Desenvolvimento do Agente universitário - PDA”, nas pessoas de Arivane Junges, Tatiane Gebert, Eliane Frizon, Solange Viana, Eder Loeff, Nívea Liell, Maria Ribeiro, Abílio Barbosa e Josefa Bras, obrigada pelo apoio.

Aos colegas Rosalina de Jesus Monteiro (in memoriam) e Marcelo Fontoura (in memoriam), que sempre me incentivaram nesta caminhada, mas que se foram tão prematuramente.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE e a Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, pela confiança na minha capacidade e pelo apoio financeiro.

À equipe de enfermagem da Unidade em que este estudo foi desenvolvido, muito obrigada pela acolhida.

Ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), na pessoa da Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda e demais integrantes, pelas contribuições recebidas para a realização deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF, da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade em cursar o doutorado.

À Alcioni Marisa de Freitas, secretária da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, pela gentileza e dedicação com que sempre me atendeu.

A todos os não mencionados, mas que de certa forma contribuíram nessa caminhada com incentivos e palavras de apoio, muito obrigada!

*“O cuidado é a dimensão ética do ser humano.
Cuidar significa ter uma atitude de ocupação,
preocupação, responsabilização e
envolvimento afetivo com o outro e com a vida.
Sem o cuidado, a pessoa deixa de ser humana,
pois ele é seu modo de ser essencial e
base possibilitadora da existência [...].
O cuidado pertence à essência de toda a vida,
sem o cuidado, ela adoece, definha e morre.”
(Leonardo Boff)*

RESUMO

PAGLIACE, A.G. da S. **Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral.** 186 fls. (Tese). Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2017.

O atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa no hospital geral é uma realidade emergente no âmbito da saúde. A forma de trabalho dos profissionais de Enfermagem com esta clientela requer um cuidado eficiente e conhecimento dos fatores determinantes do uso e abuso destas substâncias. As mudanças ocorridas na área da Saúde Mental e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, com o surgimento de novos serviços, proporcionam a possibilidade de se refletir sobre o papel da Enfermagem e sua prática profissional junto a essa clientela. Intimamente ligada a essa reflexão, está a possibilidade de avaliação desse cuidado como meio de contribuição, através da produção de conhecimentos, para subsidiar essa prática. O objetivo desse estudo foi avaliar o cuidado desenvolvido à criança e ao adolescente em tratamento no hospital geral por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo estudo de caso, com o uso do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. O grupo de interesse foi composto por 19 profissionais da equipe de enfermagem de uma Unidade para tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, de um hospital geral e de ensino do oeste do Paraná. Os dados foram coletados por meio da observação não participante, tendo totalizado 410 horas e 102 notas de campo, entrevistas individuais seguindo o círculo hermenêutico-dialético e uma reunião de negociação no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016. A análise dos dados foi feita pelo Método Comparativo Constante e resultou em três categorias: *O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*, *Potencialidades do cuidado e Fragilidades no cuidado*. O grupo de interesse descreveu o cuidado como diferenciado das demais unidades da instituição, extrapolando a ação de administrar medicamentos ou desenvolver outras técnicas. Os participantes avaliaram que o cuidado está em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, externando a preocupação de cuidar de forma global e humanizada. Desenvolvem um cuidado alicerçado na comunicação entre a equipe e pacientes. Apontaram o desenvolvimento de reuniões de pactuação entre a Unidade e os municípios como uma das facilidades para o cuidado e a maior fragilidade relacionada à falta de espaço físico da Unidade. Como limitação deste estudo, há o fato de ter somente como grupo de interesse a equipe de enfermagem da Unidade para a construção do processo avaliativo. Contudo, espera-se que os resultados dessa tese possam instigar o desenvolvimento de novos estudos de avaliação em saúde mental e propiciar uma reflexão crítica aos profissionais que desenvolvem sua prática com crianças e adolescentes que fazem uso ou abuso de substância psicoativa nos diversos serviços de tratamento em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Saúde mental; Cuidados de enfermagem; Criança; Adolescente; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

PAGLIACE, A.G. s. Evaluation of care for children and adolescents with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in treatment in the general hospital. 186 pages. (Thesis). Doctorate in nursing. Graduate program in nursing. Federal University of Paraná, 2017.

Service for children and adolescents with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in general hospital is an emerging reality in the field of health. The form of the nursing work with this clientele requires efficient care and knowledge of the determining factors of the use and abuse of these substances. Changes in the area of Mental Health and psychosocial care network deployment, with the emergence of new services, provide the opportunity to reflect on the role of nursing and your professional practice with this clientele. Closely linked to this reflection is the possibility that careful assessment as a means of contribution, through the production of knowledge, to support this practice. The aim of this study was to evaluate the care developed for children and adolescents in treatment at the general hospital for mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. It is an evaluative study, case study type, using the theoretical-methodological fourth generation evaluation. The interest group was composed of 19 professionals from nursing staff of a unit to treat children and adolescents with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use, a general and teaching hospital in the West of Paraná. The data were collected through participant observation that totaled 410 hours and 102 individual interviews, field notes from the hermeneutical circle-and a dialectical negotiations in June 2015 period to February 2016. Data analysis performed through the Constant Comparative Method resulted in three categories: Nursing care to children and adolescents, care and Potential Weaknesses in care. The interest group described as differentiated from other care units of the institution going beyond administering medicines or develop techniques. Participants evaluated that care is in line with the precepts of the Brazilian psychiatric reform, as it demonstrated the concern overall care and humane. Develop a care based on communication between the staff and patients. Pointed as ease of care the development of Pact meetings between the unit and the municipalities and, as weakness lack of drive space. As limitation of this study is the fact that I have chosen as interest group, in particular, the nursing staff of the unit for the construction of an evaluation process from that perspective. However, it is expected that the results of this thesis, may instigate the development of new evaluation studies in mental health and that could provide the critical reflection of professionals who develop your practice with children and adolescents that use or psychoactive substance in the different treatment in health services.

Key words: Health assessment; mental health; Nursing care; Child; Teenager; Substance-related disorders.

RESUMEN

PAGLIACE, A.G. da S. **Evaluación de la atención para niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas use en tratamiento en el hospital general.** 186 hojas. (Tesis). Doctorado en enfermería. Programa graduado en enfermería. Universidad Federal del Paraná, 2017.

Servicio para niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas en el hospital general es una realidad emergente en el campo de la salud. La forma del trabajo de enfermería con esta clientela requiere cuidado eficiente de los factores determinantes del uso y abuso de estas sustancias. Cambios en el área de Salud Mental y el despliegue de la red de atención psicosocial, con la aparición de nuevos servicios, proporcionan la oportunidad para reflexionar sobre el papel de la enfermería y su práctica profesional con esta clientela. Estrechamente vinculada a esta reflexión es la posibilidad de una evaluación cuidadosa como forma de contribución, a través de la producción de conocimiento, para apoyar esta práctica. El objetivo de este estudio fue evaluar el cuidado para niños y adolescentes en tratamiento en el hospital general de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas. Es un estudio evaluativo, tipo estudio de caso, usando el teórico-metodológico de evaluación de la cuarta generación. El grupo estaba compuesto por 19 profesionales de enfermería personal de una unidad para tratar a niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas de uso, en un hospital general en el oeste del Paraná. Los datos fueron recogidos a través de la observación participante que fueron de 410 horas y 102 entrevistas individuales, notas de campo del círculo hermenéutico y una dialéctica de negociaciones en junio en el período de 2015 a febrero de 2016. Análisis de datos realizado a través del método comparativo constante dio lugar a tres categorías: atención a niños y adolescentes, cuidado y las debilidades potenciales en el cuidado de la enfermería. El grupo de interés se describe como distinguido de otras unidades de la institución y va más allá de la administración de medicamentos o desarrollar técnicas. Los participantes evaluaron que la atención es en consonancia con los preceptos de la reforma psiquiátrica brasileña, como lo demuestra la preocupación del cuidado general y humano. Desarrollar una atención basada en la comunicación entre el personal y pacientes. Ha señalado como facilidad del cuidado el desarrollo de las reuniones del pacto entre la unidad y de los municipios y, como la falta del espacio local. Como limitación de este estudio es el hecho de que he elegido como grupo de interés, en particular, el personal de enfermería de la unidad para la construcción de una evaluación del proceso desde esa perspectiva. Sin embargo, se espera que los resultados de esta tesis, puedan propiciar el desarrollo de la evaluación de los nuevos estudios en salud mental y que podrían proporcionar la reflexión crítica de los profesionales que desarrollan su

práctica con niños y adolescentes que usan sustancias psicoactivas en el diferente tratamiento en los servicios de salud.

Palabras clave: Evaluación de la salud; Salud mental; Atención de enfermería; Niño; Adolescente; Trastornos relacionados con sustancias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	CÍRCULO HERMENÊUTICO- DIALÉTICO (EXTRAÍDO DE GUBA E LINCOLN, 2011)	72
FIGURA 2	MUNICÍPIOS QUE TIVERAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO NO PERÍODO DE 2007 A 2016	76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	GRUPO DE INTERESSE, SEGUNDO O NÍVEL DE FORMAÇÃO.....	89
QUADRO 2	CONSTRUÇÕES DO GRUPO DE INTERESSE A PARTIR DO CÍRCULO HERMENÊUTICO - DIALÉTICO ...	92
QUADRO 3	TEMAS DE CONSENSO EMERGIDOS NO TRANSCORRER DO CÍRCULO HERMENÊUTICO – DIALÉTICO.....	96
QUADRO 4	TEMAS DE NÃO CONSENSO EMERGIDOS NO TRANSCORRER DO CÍRCULO HERMENÊUTICO - DIALÉTICO.....	97
QUADRO 5	TEMA EMERGIDO NA REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO.....	97
QUADRO 6	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	104

LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CASM	Centro de Atendimento em Saúde Mental
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro Especializado da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HCR	Hospital Regional de Cascavel
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NRE	Núcleo Regional de Educação
NUTE	Núcleo de Telemedicina
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDA	Projeto de Desenvolvimento do Agente Universitário
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPQ	Reivindicação, Preocupação e Questão
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAREH	Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar
SIH- SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIMPR	Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPHG	Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO AO TEMA.....	18
2	INTRODUÇÃO.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3.1	O USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	31
3.2	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	44
3.2.1	Unidades psiquiátricas em hospital geral.....	51
3.2.2	A rede da atenção psicossocial no município de cascavel....	54
3.3	CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	56
3.4	AVALIAÇÃO	59
4	REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	63
4.1	A METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA.....	63
4.2	A AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO.....	64
4.3	O ENFOQUE RESPONSIVO.....	65
4.4	O PROCESSO HERMENÊUTICO- DIALÉTICO.....	68
4.5	O PROCESSO HERMENÊUTICO- DIALÉTICO NA PRÁTICA.....	70
5	METODOLOGIA.....	73
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	73
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	74
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	84
5.4	COLETA DE DADOS.....	85
5.5	ETAPAS DO TRABALHO EM CAMPO.....	87
5.5.1	Contato com o campo.....	87
5.5.2	Organização da condução da avaliação.....	88
5.5.3	Identificação do grupo de interesse.....	89
5.5.4	O desenvolvimento das construções conjuntas.....	90

5.5.5	Ampliação das construções conjuntas.....	93
5.5.6	Preparação para a agenda de negociação.....	94
5.5.7	Execução da negociação.....	94
5.6	ANÁLISE DE DADOS.....	99
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	100
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	103
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	103
6.2	AS CATEGORIAS.....	103
6.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.....	104
6.3.1	O cuidado através da comunicação entre enfermagem e paciente.....	107
6.3.2	Ações no cuidado de enfermagem.....	113
6.3.3	O cuidado de enfermagem na admissão do paciente no contexto da equipe interdisciplinar.....	121
6.4	POTENCIALIDADES DO CUIDADO.....	129
6.4.1	Pactuação com a Rede de Atenção Psicossocial.....	129
6.4.2	O cuidado interdisciplinar.....	137
6.5	FRAGILIDADES NO CUIDADO.....	138
6.5.1	A dificuldade para mudanças.....	150
6.5.2	O não reconhecimento da importância da unidade pelo gestor.....	152
6.5.3	Preconceito no cuidado a crianças e adolescentes.....	153
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
	REFERÊNCIAS.....	165
	APÊNDICES.....	181
	ANEXOS.....	184

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Meu contato com a área da Saúde Mental advém do Estágio Curricular do curso de Enfermagem desenvolvido no ano de 2009 em uma unidade denominada Unidade de Desintoxicação, destinada ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, em um hospital geral. Concomitantemente a essa atividade acadêmica, desenvolvia minha prática profissional como técnica de enfermagem na mesma instituição hospitalar e de ensino do oeste do Paraná, iniciada no ano de 2007. Este hospital é vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, sua mantenedora. Iniciei as atividades na Unidade de Terapia Intensiva – UTI dessa instituição, local em que desenvolvo a prática na enfermagem até o momento, agora como Enfermeira, visto ter cursado a graduação em Enfermagem no período de 2005 a 2009.

A instituição mencionada, em decorrência de um mandado judicial expedido em 2007, criou a unidade denominada **Unidade de Desintoxicação**, destinada ao atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, para ambos os sexos, provenientes, inicialmente, da região oeste do Paraná e, atualmente, de todo o Estado.

Na referida Unidade, desenvolvi o estágio curricular de graduação em Enfermagem que me despertou o interesse de aprofundar o conhecimento nessa área. No decorrer da realização da Graduação, tive meu primeiro contato com os pacientes e a equipe de enfermagem dessa unidade. Naquele período, desenvolvi certa proximidade com a área da Saúde Mental e, por incentivo de minha orientadora, me dediquei ao estudo do tema dependência química.

Da percepção do meu interesse por uma área específica de atuação na Enfermagem, surgiu o anseio em me aperfeiçoar para o cuidado em Saúde Mental, assim, ingressei no mestrado acadêmico da Universidade Federal do Paraná- UFPR no ano de 2010. Desenvolvi a dissertação na área da saúde mental com o tema violência contra equipe de enfermagem, que teve como objetivo descrever a vivência do profissional na prática da enfermagem,

mediante a violência advinda da pessoa com transtorno mental, e analisar a violência sofrida pelo profissional na prática da enfermagem perpetrada pela pessoa com transtorno mental.

Os resultados desse trabalho evidenciaram que, na realidade estudada, a violência provocada por pessoas com transtorno mental é mais inferida do que real, sendo baseada no mito do indivíduo com transtorno mental como perigoso e violento. Isso porquanto a maioria dos participantes, mesmo sem ter sofrido violência, referiu sentir medo em prestar cuidado, produzindo discriminação e preconceito contra esse indivíduo (SILVA, 2011).

Com a conclusão do mestrado e pelo fato de estar lotada como servidora em um hospital universitário, de posse da informação de que a minha dissertação tinha sido feita na área da Saúde Mental, a direção de enfermagem e administrativa do serviço me convocou para uma reunião. Durante tal reunião, os diretores mencionaram que a Unidade destinada ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa passava por dificuldades, entre as quais, problemas judiciais por inadequação de espaço físico, carência de cuidado especializado, falta de capacitação para o cuidado em Saúde Mental e problemas quanto ao entendimento da equipe de enfermagem sobre seu papel no cuidado a crianças e adolescentes em tratamento.

Os diretores referiram que, ao ser iniciado o atendimento na **Unidade de Desintoxicação** no ano de 2007, vários servidores foram designados para compor a equipe de enfermagem por necessidade de alocação de recursos humanos, não por qualificação e afinidade com o tipo de serviço. Expuseram que os servidores necessitavam de capacitação específica para o cuidado a esses pacientes e, tão logo a Unidade foi aberta, foram proporcionados a eles somente um curso de oito horas oferecido pela Regional de Saúde e uma visita técnica de dez horas a um hospital psiquiátrico que atende na região norte do Paraná.

Atualmente, a Instituição busca o credenciamento da Unidade junto ao Ministério da Saúde, contudo algumas mudanças necessitam acontecer para que esse credenciamento seja efetivado. Entre estas mudanças, é premente a melhora da qualidade do serviço e do elenco de modalidade de atendimento

aos pacientes. Destarte, a capacitação da equipe de enfermagem para o cuidado a crianças e adolescentes em tratamento com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foi apontada como uma necessidade para o desenvolvimento do cuidado efetivo.

Os diretores me solicitaram que desenvolvesse atividades de capacitação para a equipe de enfermagem. Em atendimento, elaborei e desenvolvi um projeto de capacitação que envolvia abordar temas como o surgimento da Unidade no hospital geral e discutir com os servidores sobre a existência e a permanência deste serviço, isso porque alguns profissionais externavam a crença de que a Unidade funcionaria por prazo determinado e, posteriormente, seria desativada.

Cabe ressaltar que os encontros realizados para a capacitação à equipe foram acessíveis para os demais servidores de enfermagem da instituição que tivessem interesse em participar e discutir essa temática, isto porque, como membros da equipe de enfermagem, poderiam futuramente ser realocados para essa Unidade.

Em novembro de 2012, a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE lançou o Plano de Desenvolvimento do Agente Universitário – PDA, um projeto de dedicação exclusiva do servidor. Para fazer parte desse plano, o agente precisaria propor um projeto a ser desenvolvido na instituição, o qual poderia ser direcionado para servidores, pacientes ou seus familiares internados na instituição.

Para atender as exigências do PDA, propus, como coordenadora de projeto, trabalhar com a capacitação da equipe de enfermagem com base em temas de interesse dos profissionais da própria Unidade.

Com o desenvolvimento da proposta de trabalho do PDA junto aos profissionais da equipe de enfermagem dessa unidade, emergiu, das discussões, o questionamento dos profissionais acerca do cuidado que ofertavam aos pacientes, se este cuidado se configurava como terapêutico e efetivo para os indivíduos que o recebiam.

Dessas discussões, surgiu em mim o questionamento sobre *como a equipe de enfermagem avalia o cuidado desenvolvido à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de*

substância psicoativa em tratamento na Unidade do hospital geral? Dessa indagação, surgiu a proposta de desenvolver um estudo de avaliação do cuidado, tendo por base as contribuições da equipe, para o desenvolvimento de uma avaliação com delimitação de parâmetros e limites que emergissem da própria equipe, com a valorização das contribuições de cada indivíduo, visando à obtenção de construções conjuntas (GUBA; LINCOLN, 2011). Considerando essa proposta, foi estabelecido o **objeto de estudo** *Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral, na perspectiva da equipe de enfermagem.*

2 INTRODUÇÃO

O atendimento à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa no hospital geral é uma realidade emergente no âmbito da saúde. O cuidado de enfermagem a esta clientela requer comunicação eficiente e conhecimento das especificidades e peculiaridades dessa fase do desenvolvimento humano, bem como dos fatores determinantes para o consumo de substâncias psicoativas e as consequências para sua vida.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, por meio da Lei nº 8.069, do Ministério da Saúde, de 13 de julho de 1990, define criança como toda pessoa com idade até doze anos incompletos e como adolescente aquele indivíduo entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2012).

A fase de infância e adolescência tem características peculiares do desenvolvimento humano, tais como maturação e crescimento de alguns órgãos, desenvolvimento motor e da personalidade (PEREIRA, 2010). Estes órgãos estão diretamente ligados a aspectos biológicos, mas também a ambientais, psicológicos e emocionais. Dessa forma, o desenvolvimento deles irá depender de suas características biológicas, estando intrinsecamente relacionado ao meio em que nasce e cresce, pois o meio produz reflexos diretos e complexos na vida da criança e do adolescente (RÉ, 2011; CAMPOS JÚNIOR, 2016; COELHO *et al.*, 2016; QVORTRUP, 2010).

Na adolescência, ocorre a experimentação de intensas modificações físicas, psíquicas, espirituais e mesmo culturais, que podem transformá-la em um período conturbado (ROZIN, ZAGONEL, 2012). Nessa fase, o indivíduo apresenta características como egocentrismo, instabilidade, despertar para novas realidades, busca acentuada de autonomia, forte necessidade de reconhecimento e aceitação, ingenuidade, vulnerabilidade, adoção das influências dos pares e, principalmente, necessidade de pertencer a um grupo (BUENOS AIRES, 2014).

O simples fato de passar por processos complexos como o crescimento e desenvolvimento por si só torna a criança e o adolescente seres

peculiares do ponto de vista biológico (PROCIANOY, 2016), isso porque, desde a fase uterina até a adolescência, o indivíduo está em constante transformação e exposto a fatores genéticos e ambientais que podem interferir, substancialmente, em seu crescimento e desenvolvimento (PROCIANOY, 2016; QVORTRUP, 2010).

Considerada também um período de estruturação, a adolescência é caracterizada por uma remodelação total do indivíduo. Por isso, o adolescente necessita de cuidados diferenciados da fase de criança e da introdução de ações educativas efetivas direcionadas especificamente às demandas próprias da adolescência (CORDELLINI; HEIDI; MURANO, 2006; ROZIN, ZAGONEL, 2013). Essa necessidade é devida ao fato de que o indivíduo deixa o convívio familiar exclusivo e, como meio de identificação pessoal, inicia sua inserção em outros grupos sociais (TIBA, 2005).

Na adolescência, o indivíduo se fecha no seu próprio mundo, seja individualmente ou mesmo dentro do seu grupo de pares. Assim, pode tornar-se difícil para os pais encontrar formas de serem aceitos e se integrarem no convívio do adolescente, originando a necessidade de utilizar estratégias de intervenção que minimizem o afastamento/isolamento e possam ajudá-los a ultrapassar esta fase de maneira construtiva (BUENOS AIRES, 2014).

Outra característica peculiar da fase de adolescência é a necessidade de aprovação social e a susceptibilidade a sofrer influências que favorecem o consumo precoce de álcool e tabaco, que, por exemplo, podem ser a porta de entrada para outras substâncias psicoativas. Um estudo que teve o objetivo de descrever a prevalência de consumo de álcool e outras drogas, conduzido com 60.963 estudantes das capitais brasileiras, mostrou que 71,4% dos adolescentes do nono ano já haviam experimentado álcool alguma vez na vida. Com relação a substâncias ilícitas, este estudo mostrou que 8,7% dos adolescentes pesquisados já haviam experimentado tais substâncias (MALTA *et al.*, 2011).

Assim, na busca pela autonomia e autoafirmação e na condição de dono de suas vontades, o adolescente pode encontrar no álcool uma fuga para seus problemas de convívio familiar, insegurança e insatisfação por suas condições de vida (ROZIN, ZAGONEL, 2012; PENA *et al.*, 2016; FREITAS;

CARVALHO; ARAÚJO, 2017). Esse comportamento pode ser autodestrutivo diante dos prejuízos físicos, psíquicos e sociais que o consumo do álcool pode trazer para a vida desse indivíduo.

Entre os inúmeros prejuízos que o álcool pode trazer para os adolescentes, estão morte por acidente, violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis, absenteísmo e abandono da escola, *déficit* de aprendizagem, além de problemas de convívio social e familiar (ROZIN, ZAGONEL, 2013).

Segundo a literatura, o álcool, como droga lícita e socialmente aceita, em muitas situações, tem seu início pelo adolescente no convívio familiar, sendo considerada uma droga de iniciação entre os adolescentes. Esse dado foi encontrado em um estudo conduzido em uma unidade psiquiátrica destinada ao tratamento de crianças e adolescentes por abuso de substâncias psicoativas no oeste do Paraná. De forma geral, todos os adolescentes e crianças atendidos pela unidade, no período de 2007 a 2008, tiveram como substâncias psicoativas de iniciação o álcool e o tabaco, com início muito precoce (MOMBELLI, MARCON, COSTA, 2010).

Conhecido como um fenômeno bastante antigo na história da humanidade, o uso de substâncias psicoativas teve seu papel na sociedade com utilização de cunho festivo e/ou religioso. Atualmente, constitui-se em grave problema de saúde pública pelo vasto impacto biológico, econômico e social, representando um dos maiores desafios a serem enfrentados por governantes, profissionais de diversas áreas de conhecimento, familiares e indivíduos dependentes de substâncias psicoativas (MARQUEZ, CRUZ, 2000; ROCHA, ROCHA JR, 2010; DIEHL, *et al.*, 2011; CAPISTRANO *et al.*, 2013a; CAPISTRANO *et al.*, 2013b; MACHADO; BOARINI, 2013; NIMTZ *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015; SANTOS; GONÇALVES, 2016).

A constatação de que o uso abusivo de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país é comprovada pelos diversos segmentos da sociedade e pela relação entre o consumo e agravos sociais em decorrência desse uso abusivo. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial (UNODOC, 2015; UNODOC 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente

substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003; WHO, 2013). Segundo dados da OMS, cerca de 5% da população adulta, ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos um tipo de droga no ano de 2014 (WHO, 2016).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, o uso nocivo de substâncias psicoativas é considerado um Transtorno de Comportamento. O agrupamento F10-F19, que trata dos *Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas*, compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, sejam prescritas ou não por um médico (CID-10, 2008).

Em decorrência do uso abusivo de substância psicoativa, podem ocorrer intoxicação, que compreende perturbações da consciência, cognição, percepção, afeto ou do comportamento, entre outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida e desaparecem com o tempo com cura completa, salvo em casos nos quais tenham surgido lesões orgânicas ou outras complicações (CID-10, 2008; UNODOC, 2015; UNODOC 2016).

Entre as complicações de intoxicação aguda por uso de substâncias psicoativas, podem-se citar: traumatismo, broncoaspiração, *delirium*, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. Algumas substâncias podem causar irritação nos olhos, nariz e garganta, lesão hepática, insuficiência renal, hemorragias e complicações pulmonares (CID-10, 2008; UNODOC, 2015; UNODOC 2016).

Pode ocorrer ainda a Síndrome da Dependência, que se caracteriza por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância, sendo tipicamente associada ao desejo intenso de seu consumo, à dificuldade de controle sobre o consumo, à utilização persistente. Apesar das suas consequências, maior prioridade é dada ao uso da substância em detrimento de outras atividades e

obrigações. Nesta situação, ocorre aumento da tolerância pela substância (CID-10, 2008; BRASIL, 2010; WHO, 2013; CAPISTRANO *et al.*, 2013b; DSM V, 2014; SADOCK; SADOCK, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 15,3 milhões de pessoas no mundo são dependentes de substâncias psicoativas, entre as quais, estão o álcool e outras drogas (WHO, 2013; DSM V, 2014). O Relatório Mundial sobre Prevalência do Uso de Drogas de 2014 aponta que, no ano de 2012, cerca de 243 milhões de pessoas, 5% da população mundial entre 15 e 64 anos, utilizaram algum tipo de droga, sem considerar as drogas lícitas, e, desse total, 27 milhões são consideradas consumidoras problemáticas (UNODC, 2014).

No Brasil, dados do I Levantamento Domiciliar Sobre Drogas, feito pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2001, apontaram que, entre as 3.007 pessoas dos 143 municípios que fizeram parte da pesquisa, 28% ingeriam bebidas alcoólicas esporadicamente: 40% eram homens e 18%, mulheres; 3% faziam uso nocivo de álcool; e 9% eram dependentes, independentemente do sexo (LARANJEIRAS *et al.*, 2007).

O II Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, no ano de 2005, mostrou que a dependência do álcool atinge 12,3% da população, seguida pela dependência do tabaco, com 10% e da maconha, com 1,2%. Conforme esse estudo, os menores índices são de benzodiazepínicos, com 0,5% e de solventes e estimulantes, com 0,2% de dependentes brasileiros (CARLINI *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2011).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD, desenvolvido com 4.200 pessoas de 14 anos ou mais, mostrou que 4% da amostra, entre homens e mulheres, experimentou álcool antes dos 11 anos de idade, 9% teve seu primeiro contato com a substância entre 12 e 14 anos e 35%, entre 15 e 17 anos. Já entre os adolescentes participantes do estudo, 53% tiveram sua primeira experimentação entre 12 e 14 anos de idade (LENAD, 2012).

Especificamente, o crack tem cerca de 600 mil dependentes e continua em progressão (CARLINI *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2011). O que tem sido presenciado é uma exacerbação da utilização de substâncias químicas pela sociedade. Assim, o uso de substâncias psicoativas deixa seu cunho religioso

ou festivo e passa a fazer parte do cotidiano das pessoas, causando graves prejuízos à sua saúde. Na atualidade, podemos observar o início do uso dessas substâncias cada vez mais precocemente, um panorama diferente de antes da década de 1980 (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011; CLARO *et al.*, 2015).

Entre as substâncias psicoativas, a maconha é considerada a mais consumida no mundo, estimando-se que entre 125 e 203 milhões de pessoas tenham utilizado essa substância no ano de 2009 (HARTUNG *et al.*, 2014). A prevalência do consumo vem crescendo cada vez mais, sobretudo pela pouca consciência pública e banalização dos seus efeitos deletérios (HARTUNG *et al.*, 2014; THAMES; ARBID; SAYEGH, 2014).

Com efeitos danosos ao organismo, de modo semelhante à maconha, tem-se o crack, em usuários crônicos, pelo seu potencial de causar dependência. Essa substância está diretamente relacionada a um alto índice de mortalidade em curto período de tempo devido a homicídios, roubos e condutas antissociais de seus usuários. Estima-se que aproximadamente um milhão de brasileiros faça uso dessa substância, que traz efeitos impactantes para a saúde do indivíduo tanto quanto o uso de álcool e do tabaco (FREIRE *et al.*, 2012).

Entre as alterações danosas à saúde que o crack tem potencial de causar, encontram-se, com mais frequência, o Acidente Vascular Encefálico-AVE e a degeneração muscular (rabdomiólise). Essa substância está relacionada ainda à criminalidade, prostituição e violência (FREIRE *et al.*, 2012; CRUZ *et al.*, 2013).

Há que se reconhecer que o panorama global sobre uso de substâncias psicoativas vem mudando, tendo os indivíduos contato cada vez mais cedo com essas substâncias. Os dados que apresentam o uso de substâncias psicoativas cada vez mais frequente e crescente entre crianças e adolescentes são alarmantes e de interesse de toda a sociedade, mas principalmente dos profissionais de saúde, especificamente os da Enfermagem, que desempenham importante papel no cuidado a esses indivíduos, tanto na promoção, prevenção quanto na recuperação da saúde (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011; CLARO *et al.*, 2014).

Em relação à prática da Enfermagem em saúde mental, sua história a apresenta caracterizada pelo modelo controlador que lhe conferiu um caráter de repressão e punição. Além disso, outra característica era o “cuidado” realizado por leigos, serventes da instituição e, mais tarde, por irmãs de caridade (KIRSCHBAUM, 2000; MAFTUM *et al.*, 2017).

O cuidado tinha por base fundamental a imposição de castigo aos pacientes e todo tipo de barbárie provocada pelos “carcereiros”, que tinham por rotina a repressão e os maus tratos. Esse modelo de “cuidado” sofreu mudanças a partir do século XVIII, quando a abordagem do transtorno mental passou a ser o tratamento moral (RODRIGUES, SCHNEIDER, 1999; KIRSCHBAUM, 2000; VILLELA, SCATENA, 2004; MAFTUM *et al.*, 2017).

Naquela época, o papel da Enfermagem no tratamento ao paciente era essencialmente o de assistir o médico e de manter boas condições de higiene no local. O conhecimento que a Enfermagem tinha sobre a condição dos pacientes era o mesmo do senso comum, sendo tratados como pessoas perigosas para as quais a reclusão seria o tratamento indicado (RODRIGUES, SCHNEIDER, 1999; KIRSCHBAUM, 2000; VILLELA, SCATENA, 2004; MAFTUM *et al.*, 2017).

Com relação ao tratamento a pessoas com transtorno mental, houve também evolução das práticas de cuidado na área da Enfermagem e isso se deveu à tentativa de incorporação de novas práticas médicas para o cuidado ao então chamado “doente mental”. Foram as novas práticas, implementadas entre os anos 30 e 50 do século XX, que possibilitaram algumas mudanças no cuidado, como a psicoterapia, a psicanálise e conceitos até então inovadores como a psiquiatria preventiva, entre outros, que conferiram à prática da Enfermagem uma abordagem mais psicológica e social (CAMPOS; BARROS, 2000; MAFTUM *et al.*, 2017).

Com a evolução de sua história, a Enfermagem em Saúde Mental foi aprimorando suas práticas e, com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, diversas mudanças ocorreram nessa área. Entre essas mudanças, é importante salientar a desinstitucionalização do indivíduo com transtorno mental e sua reinserção na sociedade, a criação de serviços de atendimento na comunidade, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e leitos

psiquiátricos no hospital geral, que contribuíram para a humanização e melhoria do cuidado.

O surgimento de leitos destinados ao tratamento em saúde mental no âmbito do hospital geral possibilitou a ampliação da área de atuação da enfermagem, provocando, nos profissionais dessa área, reflexão sobre a possibilidade de sua prática profissional junto a indivíduos com transtornos mentais, entre eles, aqueles em tratamento por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Isso requer a mobilização de um corpo de conhecimento científico específico, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes.

Na atualidade, vem se percebendo, cada vez mais e em maior proporção, a utilização de substâncias por crianças e adolescentes em tenra idade (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011). Assim, acredita-se que por se tratar de indivíduos duplamente vulneráveis, primeiramente pela facilidade com que são influenciáveis, em razão de sua faixa etária, e principalmente pelo consumo de substâncias, dadas as alterações físicas e comportamentais que causam nesses indivíduos, o cuidado de enfermagem direcionado a esta clientela requer proximidade, afeto, toque e respeito às subjetividades dessa fase específica e peculiar do desenvolvimento humano.

Cabe ressaltar que o atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa pode e deve ser feito em serviços abertos como os CAPS, contudo, quando já se esgotaram as possibilidades de atendimento nesses serviços, esses indivíduos podem ser encaminhados para a avaliação e internação hospitalar, quando necessário (BRASIL, 2001).

Dada a necessidade de internação para tratamento, ela deveria acontecer, preferencialmente, em Unidades Psiquiátricas no Hospital Geral-UPHGs. O cuidado nessas unidades é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, cujo maior contingente é formado pela enfermagem, que, por conseguinte, passa maior tempo próximo ao paciente em atividades de cuidado.

Considerando as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que interferem diretamente na forma de se pensar e executar o

cuidado na área da Saúde Mental, faz-se necessário um olhar acurado para as nuances desse cuidado com o intuito de avaliar o modo como ele é conduzido, fazendo emergir suas potencialidades e fragilidades, bem como propostas de melhorias, elencadas segundo a perspectiva da equipe de enfermagem do próprio serviço.

No bojo das mudanças implementadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, o processo avaliativo se apresenta de importância primordial, pois é através dele que se podem vislumbrar possibilidades de melhorias de processos, como o cuidado de enfermagem, e ensejar a produção de conhecimento e reflexões da prática em seu desenvolvimento.

A utilização do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração possibilita que determinado grupo de interesse seja ouvido e possa expor de forma aberta suas necessidades e demandas através de uma negociação entre o grupo e o pesquisador. O intuito dessa negociação é a possibilidade de pensar novas dinâmicas de trabalho pela validação de ações com os profissionais envolvidos no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Destarte, as mudanças ocorridas na área da Saúde Mental e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial proporcionaram a possibilidade de se refletir sobre o papel da Enfermagem e sua prática profissional nessa área. Intimamente ligada a essa reflexão, **defendo a tese** de que a avaliação do cuidado à criança e ao adolescente em tratamento no hospital geral por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa enseja a produção de conhecimento e reflexões da prática, trazendo subsídios para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem em saúde mental.

Assim, esta tese tem a **questão norteadora**: *como a equipe de enfermagem avalia o cuidado à criança e ao adolescente em tratamento no hospital geral por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas?* Para responder a essa questão, foi elaborado o **objetivo** *avaliar o cuidado à criança e ao adolescente em tratamento no hospital geral por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, na perspectiva da enfermagem.*

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este item aborda, inicialmente, os principais aspectos que envolvem o uso de substâncias psicoativas e os transtornos relacionados a essas substâncias em crianças e adolescentes, sendo, porém, este subitem introduzido com algumas reflexões sobre as especificidades da fase de criança e adolescente. A Rede de Atenção Psicossocial é seguida de uma breve explanação sobre o tema Reforma Psiquiátrica como introdução aos itens Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, Rede de Atenção Psicossocial do Município de Cascavel e o cuidado de enfermagem em saúde mental. Posteriormente, é abordado o tema avaliação, com sua evolução ao longo da história, tendo o item 4 priorizado um enfoque mais detalhado para a Avaliação de Quarta Geração, Referencial Teórico-Metodológico utilizado para o desenvolvimento deste estudo.

3.1 O USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para a construção teórica deste estudo, foi feita consulta à literatura, incluindo artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais que tratam do consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes. Foi observado, entretanto, que poucas menções foram dadas à criança nos artigos encontrados, sendo que a totalidade deles trata da adolescência e a maioria focou somente nesta fase do desenvolvimento.

A construção deste estudo considerou necessário apresentar, de acordo com a literatura, características peculiares e importantes relacionadas à infância e adolescência, com a finalidade de explicitar o risco a que tanto a criança quanto o adolescente têm em face do uso de substâncias, considerando, inclusive, o ambiente e o modo como estes indivíduos, em desenvolvimento, podem ser influenciados por condições positivas ou negativas.

Constituindo 26% da população mundial, as crianças estão entre os grupos vulneráveis mais expostos a riscos ambientais de toda ordem, como

ambientes insalubres, fatores econômicos, baixo nível de escolaridades dos pais, entre outros (COELHO *et al.*, 2016; PERHOLTH; BRANCO, 2017).

Fatores como sexo, idade, cultura e o ambiente em que a criança está inserida influenciam diretamente nos seus hábitos peculiares. As crianças são extremamente dependentes de um indivíduo adulto que as estimule durante as fases de seu desenvolvimento, que compreende etapas delimitadas por transformações físicas e psicossociais (PERHOLTH; BRANCO, 2017). A influência exercida na criança por um adulto promove a aquisição de experiências sobre o mundo, com a formação de um repertório de habilidades e competências que podem ser marcantes e decisivas na formação de sua personalidade.

O fato de passar por processos complexos e multifatoriais, como o crescimento e desenvolvimento, por si só torna a criança um ser peculiar dentro da disciplina da biologia. Assim, se diz que a criança é um ser em constante desenvolvimento tanto internamente, com o crescimento e maturação de seus órgãos, quanto externamente, com desenvolvimento neuropsicomotor e psicoemocional (PROCIANOY, 2016).

Desde a fase uterina até a adolescência, o indivíduo está em constante transformação e exposto a fatores genéticos e ambientais que podem interferir, substancialmente, em seu crescimento e desenvolvimento. O que determina a gravidade dos efeitos desses fatores, na formação da criança, são a qualidade e a intensidade da influência que ela sofre do ambiente que a cerca. Isso se deve ao fato de o desenvolvimento da criança estar diretamente relacionado ao ambiente (PROCIANOY, 2016; PERHOLTH; BRANCO, 2017).

Os fatores ambientais são considerados mais importantes que os fatores genéticos no desenvolvimento de crianças, isso porque quanto mais jovem o indivíduo for, maior sua dependência e vulnerabilidade com relação ao ambiente em que elas crescem. Assim, o ambiente pode ser responsável pelo sucesso ou insucesso do desenvolvimento global desse indivíduo (CAMPOS JÚNIOR, 2016; COELHO *et al.*, 2016; PERHOLTH; BRANCO, 2017).

A influência do ambiente na formação da criança é tão consistente que já se conhecem fenômenos chamados epigenéticos, decorrentes de modificações em função dessa influência, que pode, inclusive, comprometer

sua saúde a curto, médio e longo prazo. Alguns dos prejuízos para a saúde desse indivíduo podem ser o *déficit* estatural, bem como das próximas gerações, alterações hormonais relacionadas à capacidade reprodutiva e prejuízos relacionados ao comportamento da criança quando se desenvolve em ambiente hostil (NEVES *et al.*, 2016; PROCIANOY, 2016).

Nas fases iniciais do desenvolvimento da criança, a atenção dispensada pelos adultos que a cercam bem como o crescimento em ambiente rico em estímulos motores e sensoriais em conjunto com o uso precoce da fala propiciam o desenvolvimento global infantil (MORGAN *et al.*, 2014; ROBERTS *et al.*, 2014; PROCIANOY, 2016).

A fase da adolescência é caracterizada por um período intermediário de transformações entre a infância e a idade adulta. Estas transformações são de ordem física, biológica e psicossocial, marcadas pela busca de autoafirmação, construção de uma identidade e aceleração do desenvolvimento intelectual, descoberta sexual e mudanças no seu relacionamento com os familiares (PENA *et al.*, 2016; FREITAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2017).

Em razão da complexidade da temática, do uso e do abuso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, foi considerado necessário abordar neste item conceitos que comumente estão presentes na literatura, quais sejam: uso, abuso, dependência química e desintoxicação. Ressalta-se que um mesmo indivíduo pode apresentar em seu histórico clínico a passagem pelo uso, uso de risco, abuso e dependência química, necessitando, assim, de intervenções como desintoxicação e um plano terapêutico a ser desenvolvido nos diversos serviços existentes atualmente na Rede de Atenção à Saúde.

O **uso** é caracterizado como qualquer consumo de substância psicoativa para experimentar, podendo ser esporádico ou episódico. O uso de risco é um padrão de consumo que eleva o risco para o usuário e aqueles que estão à sua volta, contudo não traz danos diretos à saúde do usuário (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Já o **abuso** ou uso nocivo é o consumo associado a algum prejuízo para o indivíduo. Caracteriza-se abuso quando o uso ultrapassa qualquer

padrão social ou médico aceito para o uso desta substância e causa prejuízos à vida do usuário, seja biológico, psíquico ou social (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

A **dependência química** é caracterizada pelo consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para a saúde do usuário. Nela, o indivíduo experimenta o desejo acentuado do uso da droga com necessidade de doses crescentes para obter o mesmo efeito, havendo dificuldade para controlar o uso tanto em termos de início quanto de dose (BRASIL, 2010; ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011; BRASIL, 2013). A dependência química é caracterizada por uma alteração do estado psíquico e, às vezes, físico, resultante da ingestão contínua de determinada substância química que pode induzir modificações no padrão comportamental do indivíduo (BRASIL, 2010; ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011; BRASIL, 2013).

Na dependência química, o indivíduo passa por um estado fisiológico desagradável que o leva ao uso da droga com o objetivo de aliviar os sintomas. Apresenta negligência crescente pelos interesses e prazeres alternativos com abandono de atividades do cotidiano, visando à obtenção de novas doses ou recuperação após o uso. Implica uma necessidade ("fissura") pela droga, seja de natureza psicológica ou física. Neste último caso, o organismo da pessoa adaptou-se à droga (tolerância) e apresenta sintomas quando de sua retirada (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL *et al.*, 2011; BRASIL, 2013; WHO, 2013; DSM V, 2014; NIMTZ *et al.*, 2014).

Quando há interrupção do consumo de substâncias psicoativas por um indivíduo dependente, ocorre a síndrome de abstinência, que é um conjunto de modificações orgânicas decorrentes da interrupção abrupta ou redução do aporte de substância no organismo (BRASIL, 2013; WHO, 2013).

Considerada uma síndrome, a dependência química é caracterizada por fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, tais como insônia, irritação, agressividade, ansiedade e convulsões, intimamente ligados à necessidade de uso da substância e à dificuldade de controle desse consumo (LIMA *et al.*, 2008; BRASIL, 2010; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011). O indivíduo, em decorrência da necessidade compulsiva de consumo e busca pela droga,

pode romper com seus laços familiares, comprometer seu convívio social e profissional ou mesmo perder a vida.

Diz-se que o dependente químico é compulsivo, e essa compulsão se dá em decorrência da dependência. Assim, o indivíduo não consegue mais controlar seus atos em virtude das alterações cognitivas e psíquicas que a substância química causa no sistema nervoso central. A compulsão leva o indivíduo a um maior consumo de substâncias psicoativas e quanto maior o grau de dependência, maior será a compulsão gerada, e quanto mais compulsão, mais tolerância o organismo irá adquirir (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011).

Dessa forma, a dependência gera a compulsão, que, por sua vez, origina a tolerância, que agrava cada vez mais a dependência (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011). A dependência química deve ser considerada doença grave, crônica e complexa, que requer estratégias de atenção específicas para obter prognóstico satisfatório (BRASIL, 2010; CAPISTRANO *et al.*, 2013b; NIMTZ *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar a dependência química como transtorno mental e como tal reconhecer a necessidade de tratamento que possibilite, além de tratar a pessoa, investir na sua reinserção social. Esse caso deve ser entendido como sendo de uma pessoa com uma doença multicausal que necessita no curso de seu tratamento de um trabalho multiprofissional, devendo ser tratada, preferencialmente, em seu meio social. Tão importante quanto esse indivíduo é investir em estratégias de promoção da saúde e prevenção do uso de substâncias psicoativas (STUART; LARAIA, 2001; SILVA *et al.*, 2010).

Assim, quando o indivíduo se torna dependente de uma substância psicoativa, uma das primeiras ações de cuidado de que necessita é a desintoxicação, sucedida por um conjunto de outras ações que a equipe do serviço poderá planejar juntamente com ele e sua família, utilizando o Plano Terapêutico Singular (PTS)¹.

¹ O Plano ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) se constitui em um instrumento elaborado pelas equipes de saúde com o intuito de promover a orientação para o cuidado integral de usuários dos serviços. Na área da saúde mental, o PTS é elaborado para o cuidado aos usuários com transtorno mental grave ou uso de substâncias psicoativas. Este instrumento vai ao encontro das políticas públicas brasileiras de

A desintoxicação, conceituada como o ato de eliminar do organismo os elementos e efeitos da intoxicação ou propriedades danosas de alguma substância, é o passo inicial para o tratamento da pessoa com transtornos relacionados a substâncias. Essa desintoxicação consiste, mais especificamente, no afastamento do indivíduo das substâncias com cessação de seu uso. O atendimento em serviços para desintoxicação de adultos, por exemplo, é caracterizado pelas portas abertas e depende do aceite do indivíduo em permanecer nesses locais por um determinado período com o intuito de ficar distante dessas substâncias (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011).

Existem alguns fatores determinantes ao uso de substâncias químicas, os chamados fatores de risco para o consumo, entre eles, a falta de informações a respeito dos efeitos dessas substâncias, pessoas com saúde deficiente como em alguns casos de transtornos mentais que a colocam em situação de fragilidade e risco perante a droga. Outros fatores de risco podem estar relacionados ao fácil acesso a essas substâncias, à insatisfação com a qualidade de vida e à incapacidade em formar uma opinião própria quanto ao uso de substâncias psicoativas, comportamento comum entre adolescentes e crianças (WHO, 2005).

Juntamente com as mudanças físicas, ocorrem as mudanças psíquicas no indivíduo na fase de adolescência e algumas características peculiares dessa fase são: influência de amigos, curiosidade, necessidade de fuga de algumas situações. Além disto, há a contradição a valores familiares, o que torna o adolescente vulnerável ao uso de substâncias psicoativas, inicialmente como busca de prazer, posteriormente como necessidade de uso pela dependência instalada, que tem como consequência o sofrimento físico e psíquico (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011).

Com maior frequência, na atualidade têm sido constatados consumo e uso abusivo de substâncias psicoativas por adolescentes, sejam elas lícitas ou ilícitas. Esse comportamento abusivo tem se tornado um problema de saúde

pública, quando considerados os malefícios que essas substâncias trazem para a vida desses indivíduos, familiares e sociedade (LIMA *et al.*, 2008; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011).

Fase da vida, marcada por intensas e importantes transformações, a adolescência traz consigo demandas como momentos de escolhas e decisões, às vezes, permeados pela exposição do adolescente a fatores de riscos socioculturais como sua apresentação a substâncias psicoativas (SILVEIRA; *et al.*, 2013).

O consumo de substâncias lícitas e ilícitas pode ocorrer em todas as fases da vida do indivíduo, desde a infância, passando pela adolescência, até a velhice. É certo que adolescentes ficam mais susceptíveis a mudanças de comportamento, uma vez que procuram por inserção em grupos de iguais para se sentirem aceitos no meio social, e isso pode aumentar a exposição aos fatores de riscos, como, por exemplo, os relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SILVEIRA *et al.*, 2013).

O consumo frequente de substâncias psicoativas provoca mudanças de comportamento com manifestações de agressividade, rebeldia e procura por situações que lhes proporcionem prazer imediato. Estudos experimentais mostram que o abuso de substâncias psicoativas como o álcool e a cocaína pode ser responsável pelo aumento da agressividade entre usuários assim como motivador de atitudes e comportamentos violentos (MINAYO; DESLANDES, 1998; BRASIL, 2010; WHO, 2013; WHO, 2015; WHO, 2016). Cabe ressaltar que pessoas que frequentemente se encontram sob o efeito de drogas, mais especificamente adolescentes, se envolvem em relacionamentos sexuais sem proteção, com maior possibilidade de gravidez indesejada e risco para doenças sexualmente transmissíveis (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; BRASIL, 2010).

O abuso de substâncias psicoativas pode afetar o futuro dos adolescentes. Em muitas situações, ocorre a falta de perspectivas, muitas vezes em decorrência de *déficits* de aprendizagem e memória, apatia e improdutividade, culminando com dificuldades na aprendizagem e repetência escolar, fazendo com que o adolescente não evolua na sua vida acadêmica e profissional (RIGONI *et al.*, 2007).

Além de todo o turbilhão de emoções pelo qual passam os adolescentes, a relação familiar também é afetada quando esse indivíduo passa a consumir substâncias psicoativas. Dessa forma, o núcleo familiar geralmente fica desorientado quanto à resolução do problema, unindo a esse sentimento a angústia, o desespero e a sensação de impotência (MILONI; *et al.*, 2011).

O consumo frequente de substâncias psicoativas provoca, principalmente, alterações no sistema nervoso central, produzindo comprometimento de órgãos que são diretamente afetados, como o fígado, que faz a metabolização do álcool, e o pulmão, que é preenchido com a nicotina e outras substâncias prejudiciais presentes no cigarro. As alterações no sistema nervoso central provocam quadros alucinatórios, nos quais, tanto a criança quanto o adolescente não se alimentam e não têm um bom padrão de sono, adquirindo hábitos de vida desordenados, expondo o sistema imunológico a outras doenças (MARQUES; CRUZ, 2000; WHO, 2016).

Com a mudança de hábitos de vida, o adolescente usuário de substâncias psicoativas pode, além de emagrecer, ter outras alterações no metabolismo, implicações para sua saúde que podem levar à morte. O álcool, por exemplo, pode acarretar prejuízos na memória, no aprendizado e causar intoxicações graves, além de hepatite e crises convulsivas. Pode, ainda, ocasionar a chamada demência alcoólica, pancreatite, infarto, arritmias, trombose, além de cardiomiopatia alcoólica (MARQUES; CRUZ, 2000; PRATTA; SANTOS, 2006; BRASIL, 2010).

Como exemplo de drogas ilícitas, citamos os inalantes, que podem causar danos irreparáveis à saúde, tais como neuropatias periféricas, ototoxicidade, encefalopatias, lesões renais, pulmonares, hepáticas, cardíacas e no sistema hematopoiético. Pode haver morte por asfixia ou por arritmias cardíacas (MARQUESA; CRUZ, 2000; BRASIL, 2010; WHO, 2016).

Segundo a literatura, estudos conduzidos até a década de 1980 não traziam relatos de crianças ou adolescentes que faziam uso de substâncias psicoativas. Isso aconteceu pela baixa incidência de ocorrência desse evento e escassez de registros, pois, naquela época, os registros mostram o uso dessas substâncias quase que exclusivamente por adultos, com faixa etária em torno

de 30 anos de idade. Contudo, estudos que datam de levantamentos feitos a partir de 1987 trazem registros não só da ocorrência do uso por crianças e adolescentes, como também revelam um panorama de taxas crescentes de abuso de substâncias psicoativas por essas faixas etárias (CLARO *et al.*, 2014).

Conforme a literatura, há um consenso entre pesquisadores de que o consumo precoce de drogas está associado a sérios problemas sociais e de saúde na idade adulta, como, por exemplo, a disfunção cognitiva (memória, atenção e planejamento), causada pela ação tóxica das drogas sobre as estruturas cerebrais em desenvolvimento, tanto em crianças quanto em adolescentes (BROWN *et al.*, 2004). Com relação às consequências psicológicas, estão a dificuldade de aprendizado e o sentimento de culpa ou remorso após o consumo (MILLER; *et al.*, 2007).

Além das consequências supracitadas, os problemas acadêmicos mencionados em dois estudos transversais feitos na cidade de Pelotas, relacionados ao uso de drogas, parecem estar associados à inexistência de vínculo com a escola e maior ocorrência de reprovações escolares (TAVARES *et al.*, 2001; HORTA; *et al.*, 2007).

Conforme a literatura, adolescentes que consomem substâncias psicoativas perdem o senso crítico e o controle de suas ações, assim, se sentem imunes à ocorrência de acidentes e também mais autônomos com relação a transgressões, envolvendo-se, desta forma, em situações de maior risco, que podem ser fatais (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

A literatura aponta para um panorama em que algumas diferenças de sexo são observadas, como, por exemplo, adolescentes do sexo masculino apresentam maior propensão ao uso de drogas ilícitas, enquanto as adolescentes fazem uso mais frequente de medicamentos controlados, sem receita médica. Contudo, independentemente do sexo, adolescentes de faixas etárias mais avançadas apresentam maior probabilidade de uso de substâncias psicoativas (GALDURÓZ *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2010).

A experimentação de álcool na infância e adolescência pode ocorrer porque essas fases da vida são marcadas pela vulnerabilidade, instabilidade emocional, comportamento impulsivo, ansiedade e insegurança. Assim, esses

indivíduos encontram no álcool a ilusão de satisfação imediata, a fuga da realidade, além de experimentar a satisfação da necessidade de poder, desafio às normas estabelecidas e aceitação em seu círculo de amigos (CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003).

Entre as consequências que o uso de substâncias psicoativas pode trazer para a vida de crianças e adolescentes, estão condutas socialmente inadequadas, prática de atos infracionais e evasão escolar (SILVEIRA; *et al.*, 2013; BITTENCOURT; *et al.*, 2015).

O consumo de substâncias lícitas está relacionado ao uso de substâncias ilícitas, isso porque drogas como álcool e tabaco são a porta de entrada para o consumo de substâncias químicas (HORTA; *et al.*, 2014).

Entre as mudanças que podem ocorrer com os adolescentes em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, estão as mudanças de comportamento. Quando o adolescente está sob efeito dessas substâncias, ele pode se tornar agressivo e ter maior dificuldade de aceitar normas e regras, respondendo com violência a qualquer tentativa de repreensão (SILVEIRA; *et al.*, 2013).

Adolescentes sob efeito de substâncias psicoativas têm mais chances de se envolverem com o crime, gerando sérios danos para sua saúde e de outrem. O adolescente pode penetrar no mundo do crime como meio de conseguir drogas, seja por meio do roubo ou tráfico (SILVEIRA; *et al.*, 2013).

Além de todas essas consequências do uso de substâncias psicoativas, também há o rompimento dos laços familiares. A família é a responsável pela formação individual e social do adolescente, com grande importância para a instauração de seus valores. Quando a dinâmica familiar funciona adequadamente, ela forma uma barreira de proteção na qual se cria um ambiente saudável que serve de proteção contra as drogas (SILVEIRA; *et al.*, 2013). A falta de supervisão dos pais ou mesmo a agressão familiar estão relacionados com comportamentos de uso de substâncias psicoativas (HORTA; *et al.*, 2014).

Em decorrência das mudanças de comportamento, nas situações em que os adolescentes se tornam agressivos, o principal alvo são os familiares. Isso ocorre, pois há uma tensão entre os valores passados no ambiente

familiar e os novos hábitos adquiridos pelo adolescente dependente químico. Essa tensão entre valores acaba por gerar violência intrafamiliar, envolvendo diferenças de opiniões e confrontos constantes com a família, acarretando ruptura no relacionamento, que culmina com o abandono ou expulsão do jovem do convívio familiar (SILVEIRA; *et al.*, 2013).

Segundo avaliações do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC (2003), em torno de 200 milhões de pessoas consomem algum tipo de substância ilícita. O relatório aponta que a maconha é a substância ilícita mais utilizada, seguida das anfetaminas, da cocaína e dos opioides. O consumo de substâncias psicoativas é mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Entre 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais consumiram maconha pelo menos uma vez. Em muitos países desenvolvidos, como, por exemplo, Canadá, Estados Unidos da América - EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5%, usado cocaína durante sua vida. De acordo ainda com o UNODC, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de substância ilícita além da maconha (WHO, 2005).

Ainda concernente a questões epidemiológicas, dados da OMS apontam que, pelo menos 15,3 milhões de pessoas no mundo, são dependentes de substâncias psicoativas, incluindo o álcool e outras drogas (WHO, 2013; DSM V, 2014). Somente no ano de 2010, cerca de 230 milhões de pessoas, 5% da população mundial adulta, utilizaram algum tipo de droga, sem considerar as drogas lícitas, e, desse total, 27 milhões são consideradas consumidores problemáticos em decorrência da dependência adquirida (UNODC, 2012).

Em estudo conduzido em nove escolas no município de Florianópolis, abrangendo um total de 789 adolescentes, que estudavam entre o sétimo ano do Ensino Fundamental e o terceiro ano do Ensino Médio, constatou-se que o álcool foi a droga mais utilizada entre os estudantes, seguida pelo tabaco (GIACOMOZZI *et al.*, 2012).

Outro estudo conduzido nas capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, com 60.973 estudantes do ensino médio de escolas públicas e

privadas, mostrou que 71,4% já haviam experimentado álcool alguma vez, 27,3% faziam consumo regular da substância e 8,7% já haviam experimentado outras drogas. Os autores ressaltam como dado importante a facilidade de acesso ao álcool que esses adolescentes têm, tanto em festas e bares, quanto em suas próprias residências (MALTA *et al.*, 2011).

Uma revisão integrativa de literatura feita entre os anos de 2000 e 2009, com o intuito de identificar os fatores de risco para dependência de álcool na adolescência, mostrou que ela está associada ao início precoce de consumo da substância, relacionamento conturbado com os pais, violência doméstica, curiosidade, influência de colegas, entre outros fatores (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Estudos apresentam adolescentes do sexo masculino como a maioria entre consumidores de substâncias psicoativas em relação ao sexo feminino. Muitos desses adolescentes referiam convivência com familiares que utilizavam algum tipo de droga (SILVEIRA; *et al.*, 2013; BITTENCOURT; *et al.*, 2015).

Grande parte dos adolescentes que faz uso de substâncias psicoativas convive com familiares que utilizavam algum tipo de droga. Isso faz com que o contato com a substância seja mais frequente e, em muitas situações, facilitado e lícito no convívio familiar (BITTENCOURT; *et al.*, 2015).

Quando ocorre o uso contínuo de substâncias psicoativas, existe a necessidade de tratamento. O tratamento para casos de dependência química implica adesão que pode ser considerada como a decisão de um indivíduo em procurar um tratamento de saúde e em segui-lo, envolvendo uma relação de vínculo entre pacientes e profissionais (SCADUTO; BARBIERI, 2008).

No caso de crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas, há necessidade de acompanhamento mais próximo para o seu tratamento. Esse acompanhamento pode ser feito em CAPS AD. Contudo, quando não houver essa possibilidade de acompanhamento, por desistência do paciente, por exemplo, quando as possibilidades de atendimento em serviços abertos forem esgotadas, então existe a possibilidade de internamento em uma unidade para o tratamento (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Conforme prevê a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), tanto o tratamento para adultos quanto para crianças e adolescentes deve ser feito, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. No entanto, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, há necessidade de internação desse indivíduo, seja na modalidade voluntária, involuntária ou internação compulsória (BRASIL, 2001).

A internação na modalidade voluntária ocorre quando o indivíduo manifesta desejo de ficar internado por um período; a involuntária quando a internação acontece sem consentimento do indivíduo, mas por solicitação de terceiro; e a compulsória, quando há determinação judicial, ou seja, nas situações em que o indivíduo, considerado violador de seu próprio direito, não manifesta concordância em receber tratamento para a dependência (BRASIL, 2001). Tanto a criança quanto o adolescente se encaixam na modalidade de internação compulsória, pela sua condição de vulnerabilidade em razão da faixa etária e do consumo de substâncias psicoativas, que o impossibilitam de decidir pelo tratamento.

Quando ocorre necessidade de internação desse indivíduo para tratamento, as políticas públicas preconizam o internamento, prioritariamente, em unidades de internação em hospital geral, destinadas ao atendimento a indivíduos com Transtornos Mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, entretanto, esta é uma realidade ainda distante, considerando o reduzido número de leitos para esse tipo de atendimento nos hospitais gerais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Entre os profissionais que desempenham sua prática nas unidades destinadas ao tratamento para pacientes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, no hospital geral está a equipe de enfermagem, aquela que permanece maior tempo junto ao paciente. Nesse cenário, a equipe de enfermagem se depara com uma realidade emergente no cuidado em hospital geral direcionado a crianças e adolescentes abusadores de substâncias psicoativas.

Acredita-se que a temática que trata sobre adolescentes e crianças com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa seja uma realidade emergente para o campo da saúde, já que essas

substâncias são consideradas um problema de saúde pública. Esse contexto revela um novo campo de atuação para a enfermagem, que requer um preparo específico para o cuidado a essa nova clientela.

3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Inicialmente se considerou necessário fazer um breve histórico sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica, seus antecedentes históricos e suas contribuições para o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), isso porque o local onde este estudo se desenvolveu integra a RAPS.

O sofrimento psíquico sempre acompanhou o homem em sua trajetória pelo mundo, relatos pré-socráticos e passagens bíblicas mencionam os distúrbios psiquiátricos. A pessoa portadora de transtorno mental aparece representada conforme as concepções e crenças de cada momento da história. Muito tempo se passou até que as desordens mentais fossem classificadas como patologias e assim passíveis de tratamento, e o “louco”, o alienado tivessem o digno caráter de pessoa portadora de transtorno mental (SOUZA; NASCIMENTO, 2006).

Nesse histórico, no contexto brasileiro, as ações voltadas ao atendimento do portador de transtorno mental começaram a ser desenvolvidas com a vinda da família real para o Brasil, impulsionado pelas tendências mundiais de produção e urbanização. Nessa perspectiva, retirar o “doente mental” das ruas e encaminhá-lo a um local específico para tratamento era uma prerrogativa de mudanças, privilegiando, então, os modelos asilar e manicomial de atenção a esses indivíduos. O atendimento nestes asilos se restringia à medicalização como forma de tornar os doentes mais toleráveis e dóceis, o que acabou contribuindo para a cronificação das doenças em muitas dessas pessoas (AMARANTE, 1994).

Considerando a reflexão do modo de atendimento prestado, ocorre a primeira tentativa de se promover a reforma no modelo asilar de atendimento ao portador de transtorno mental. Assim, foram construídos os hospitais colônia que teriam a característica de possibilitar ao paciente o desenvolvimento de atividades, simulando a convivência fraternal (AMARANTE, 1994), e a vivência

do trabalho, o que, de acordo com a sociedade capitalista, lhe confere o papel de cidadão (MARSIGLIA, 1987). Este modelo reproduziu o anterior, pois mesmo com estrutura diferenciada, a forma de olhar o portador de transtorno mental era similar à anterior.

Na década de 70 do século XX, surge o Movimento para a Reforma Psiquiátrica como uma alternativa para o modelo vigente de atenção, com o objetivo de discutir a real função dos hospitais psiquiátricos, unido a um então crescente discurso sobre a garantia - por parte da legislação - de uma forma de atendimento diferenciada ao portador de transtorno mental como meio de transformação para prática da saúde mental. Observa-se naquele momento um desejo de inclusão dos portadores de transtorno mental no convívio em sociedade, não somente sua remoção dos hospitais psiquiátricos (CRIVELARO, SGRIGNOLLI, RODRIGUES, SD; PINHO, *et al.*, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu no bojo da Reforma Sanitária através dos esforços de protagonistas sociais pela necessidade de se encarar a loucura como um fenômeno a ser vivido e cuidado em sociedade (AMARANTE, 2007). Esse movimento, marcado por desafios, conflitos e tensões, se caracteriza por uma busca intensa e progressiva para desmontagem de um modelo repressor de cuidado em psiquiatria, dotado de um arcabouço cartesiano segregador, que impede o crescimento e a autonomia do sujeito (AMARANTE *et al.*, 2011; PINHO *et al.*, 2011).

Assim, entre os anos de 1978 e 1980, dentro dos parâmetros deste novo modo de atenção à saúde mental, foram estipuladas, de forma crescente, a não abertura de novos hospitais psiquiátricos e a reinserção desses indivíduos às famílias e ao convívio em sociedade com a criação de serviços substitutivos a esses hospitais (BRASIL, 2001; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Com a incorporação dos princípios da psiquiatria democrática italiana, o Movimento para Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha força com a publicação da portaria 189, de 19 de novembro de 1991, que aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS, na área de Saúde Mental, e da portaria 224, de 29 de janeiro 1992, que dispõe sobre as diretrizes para o

atendimento ambulatorial em saúde mental, além da criação de serviços alternativos para o atendimento aos portadores de transtorno mental (BRASIL, 1991; BRASIL, 1992; KANTORSKI, *et al.*, 2010).

Dessa forma, as normas que regem a política de saúde mental, de acordo com o Ministério da Saúde, propõem a progressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de uma rede de serviços abertos que garantam o atendimento à clientela egressa dos manicômios, com o intuito de oferecer suporte social e promoção dos direitos de portadores de transtorno mental e familiares (BRASIL, 2001; WETZEL; KANTORSKI, 2004; KANTORSKI, 2012).

Alicerçada em dois pressupostos teóricos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui em um movimento ideológico, social e político, vislumbrado por profissionais de saúde, usuários, familiares, políticos, donos de hospitais psiquiátricos e a comunidade em geral, com o intuito de olhar para portadores de transtorno mental com os olhos da igualdade que mostram ser possível o convívio desses indivíduos em sociedade. Em virtude desse pensamento, vislumbra-se a possibilidade de cuidar de forma diferenciada em saúde mental, forma na qual se possa valorizar as subjetividades dos indivíduos, até então aprisionadas pelo modelo de atenção manicomial, que reduzia o sujeito a um diagnóstico (WETZEL; KANTORSKI, 2004; MIELKE, 2013).

Os pressupostos teóricos apresentados pela Reforma Psiquiátrica são a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. A desinstitucionalização é um processo complexo que parte do princípio de que não se deve dar ênfase à cura do transtorno, mas à construção de projetos de produção de saúde e vida para os indivíduos acometidos por um transtorno. Esse pressuposto contempla o ato de cuidar, mesmo na impossibilidade da cura, pois o cuidado feito por profissionais de saúde direcionados a esses indivíduos precisa visar à melhora da qualidade de vida de quem sofre em decorrência de um transtorno mental (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

A desinstitucionalização tem o intuito de produzir transformações relacionadas ao conhecimento científico, às práticas profissionais, educacionais e institucionais no campo da saúde mental. Essas transformações vislumbram

a construção de um modo diferenciado de pensar as práticas profissionais nessa área, pois se distanciam do modo clássico de se pensar o cuidado aos portadores de transtorno mental, e isso possibilita fazeres e discursos criativos e inovadores acerca do sofrimento psíquico dos sujeitos. Essa transformação de conceitos, posturas e ações terapêuticas, ameaça a credibilidade dos pensamentos hegemônicos e práticas cartesianas, que passam a não se sustentar mais (MACHADO; COLVEIRO, 2003).

O segundo pressuposto em que se alicerça a Reforma Psiquiátrica é a reabilitação psicossocial, que pressupõe uma restituição de poder e autonomia ao indivíduo que sofre psiquicamente. Esse processo ocorre pela reconstrução de uma identidade social, de sua autonomia e cidadania com o principal objetivo de combater o estigma e a exclusão social (PITTA, 1996). Tendo por base os princípios da Reforma Psiquiátrica, houve a necessidade de se criar um modelo de atenção que fosse ao encontro desses princípios, assim surgiu o Modelo de Atenção Psicossocial. Esse modelo de cuidar em saúde mental privilegia a vida considerando, principalmente, questões éticas, políticas e jurídicas envolvidas no cuidado (MIELKE, 2013).

O Modelo de Atenção Psicossocial pressupõe um cuidado interdisciplinar considerando os aspectos biopsicossocial, espiritual, cultural, enfim, englobando todas as dimensões do ser em sofrimento psíquico com o intuito de não mais se fragmentar o cuidado em saúde. Esse modelo de atenção privilegia o sujeito como participante ativo de seu processo de cuidado com voz e liberdade asseguradas junto aos serviços de saúde mental, reconhecendo a família como fundamental no processo de reabilitação e reinserção social (COSTA-ROSA, 2000; MIELKE, 2013).

Esse modelo de atenção pode ser visualizado como a possibilidade de criar espaços de inclusão aos portadores de transtorno mental na sociedade, uma forma de investir em uma vida digna para esses sujeitos (MACHADO; COLVEIRO, 2003).

As primeiras discussões sobre o Modelo Psicossocial de Atenção emergiram da I Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo conceituado de acordo com quatro parâmetros fundamentais: horizontalização das relações interprofissionais para a horizontalização das relações com o usuário primando

a subjetivação; reorganização das relações interinstitucionais; integralidade territorial; e superação da ética da adaptação (COSTA-ROSA, LUZIO; YASUI, 2000). Em síntese, o Modelo Psicossocial de Atenção tem por características a desospitalização, desmedicalização, singularização, participação, interdisciplinaridade, livre trânsito do usuário, autogestão, tendo por objetivo a reinserção do portador de transtorno mental na sociedade (CRIVELARO, SGRIGNOLLI; RODRIGUES, 2006).

Atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica e como meio de operacionalização do novo modelo de atenção, houve a necessidade criar uma **rede serviços alternativos** para o atendimento ao portador de transtorno mental. Surgem, então, os Hospitais Dia, os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, as Residências Terapêuticas e leitos psiquiátricos em Hospital Geral como forma de atenção pelo modelo psicossocial (CRIVELARO, SGRIGNOLLI; RODRIGUES, 2006).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Entre os principais objetivos gerais da RAPS, podem-se elencar a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promoção do acesso a pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia à articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Os principais objetivos específicos da RAPS são a promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas, prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas e reduzir danos provocados pelo consumo dessas substâncias. Existe a

preocupação de promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Essa portaria institui algumas diretrizes para o funcionamento da RAPS que são: respeito aos direitos humanos com garantia de autonomia e liberdade; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso e qualidade dos serviços com assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; e atendimento centrado nas necessidades individuais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Estabelece o favorecimento da inclusão social e o exercício da cidadania, utilização de estratégias de Redução de Danos, participação dos usuários e seus familiares, desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular- PTS, entre outras (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Entre os elementos constitutivos da RAPS, estão a Atenção Básica em saúde, representada principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde – UBSs; a Atenção Psicossocial especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas mais variadas modalidades; a Atenção de Urgência e Emergência, formada por serviços como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas; entre outros. A rede também conta com a Atenção Residencial de caráter transitório e suas Unidades de Recolhimentos, a Atenção Hospitalar, formada por enfermarias especializadas em Hospital Geral, e serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Com relação a leitos em hospital geral, a RAPS preconiza que a enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas deve oferecer tratamento hospitalar para casos graves, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado nessas enfermarias especializadas deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido pelo serviço de referência do usuário, e a internação deve ser de curta duração até que haja estabilidade clínica (BRASIL, 2011).

De acordo com a RAPS, o acesso aos leitos especializados em hospital geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência. Para os casos em que o usuário acessar a Rede diretamente por meio do hospital geral, é necessário providenciar sua vinculação a um CAPS de referência, que assumirá o caso (BRASIL, 2011).

Finalmente, a RAPS preconiza que a equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de hospital geral deve ter garantida a composição multidisciplinar para o funcionamento interdisciplinar (BRASIL, 2011).

A portaria ministerial nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. De acordo com ela, esse serviço deverá construir seu projeto técnico, considerando que as internações serão de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso (BRASIL, 2012).

São necessários a adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico, o estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências, a incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares e a articulação com outros pontos de atenção da rede para continuidade do tratamento (BRASIL, 2012).

Outro ponto importante com relação às normas para funcionamento e habilitação do serviço hospitalar para atendimento a portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas é o estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsultas, segundo demandas de ordem clínica específica. Pressupõe-se, ainda, a garantia de transferência do usuário

para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade, e avaliação permanente por equipe multiprofissional dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada (BRASIL, 2012).

Assim, na atualidade os hospitais psiquiátricos têm sido substituídos por modalidades de serviços abertos como CAPS e Hospitais Dia bem como Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral - UPHG (MACENA; CAPOCCI, 2004).

Na sequência, descrever-se-ão as UPHGs, o início de sua implantação, sua estrutura, constituição, vantagens e desvantagens desse serviço, dado que este estudo se desenvolveu em uma Unidade desta modalidade.

3.2.1 Unidades psiquiátricas em hospital geral

Atualmente a atenção na área da Saúde Mental no Brasil é composta por uma rede de serviços denominada Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Esta Rede é composta por Unidades Básicas de Saúde, centros de convivência e equipes de atenção básica com as equipes de consultório de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

Fazem parte dessa rede os Centros de Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Serviços Residenciais Terapêuticos e Atenção Hospitalar composta de enfermarias em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência para atendimento a pessoas com transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

As Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral - UPHG constituem um conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral (BOTEGA, 1995). O surgimento dessas UPHGs representa uma alternativa importante para o tratamento dos portadores de transtornos mentais em quadro agudo. A implantação em larga escala dessas unidades teve início na Europa Ocidental e América do Norte após a Segunda Guerra Mundial. Isso se deveu à conquista política dos cidadãos, que resultou numa rede de atenção, proteção e inclusão social, no desenvolvimento de técnicas com

tratamentos biológicos inovadores e atividades de reabilitação psicossocial (LUCCHESI; MALIK, 2009; SILVA *et al.*, 2014).

As primeiras UPGHs da América Latina datam de 1941 no Peru, sendo que no Brasil surgiram em 1954 no Estado da Bahia, contudo, houve grande retaliação por parte do modelo psiquiátrico vigente centrado no modelo hospitalar tradicional. Somente no final da década de 1970, os documentos oficiais trataram da necessidade de diminuição de internações consideradas desnecessárias e da criação de serviços de atendimento como centros comunitários, ambulatorios e UPHGs (SCHECHTMAN; BOTECA, 1997; MACENA; CAPOCCI, 2004; SILVA *et al.*, 2014).

Fatores relevantes para a abertura dessas unidades foram as discussões sobre a necessidade urgente de reorganização da assistência em saúde mental, temas discutidos largamente pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (MENDEZ, 2004).

Destarte, a portaria ministerial n. 224, de 29 de janeiro de 1992, que trata sobre leitos ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação seja necessária após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Essa Portaria preconiza que, durante o período de internação, a assistência seja desenvolvida por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992; MACHADO; COLVEIRO, 2003).

A Portaria n. 224 aborda que o número de leitos destinados ao atendimento a portadores de transtorno mental não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até o máximo de 30 leitos. As UPHGs precisam dispor de espaços apropriados como salas para atividades em grupo, da mesma forma, que fica assegurado que os pacientes poderão utilizar a área externa do hospital para lazer, educação física e demais atividades (BRASIL, 1992).

Diversas podem ser as denominações para serviços especializados em saúde mental alocados em hospitais gerais, assim não importa que sejam enfermarias de psiquiatria, unidade de internação psiquiátrica e unidade psiquiátrica, o importante é que suas práticas não reproduzam aquelas dos

manicômios, mas que se caracterizem como um espaço de tratamento e não exclusão como outrora (MACHADO; COLVEIRO, 2003; SILVA, 2011).

Entre os serviços que essas UPHGs devem prestar, estão a avaliação médica, psicológica e social, atendimento individual, atividades em grupo, abordagem à família com orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento, preparação do paciente para a alta, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade, com o intuito de prevenir a ocorrência de outras internações (BRASIL, 1992).

Com relação à estrutura de uma UPHG para atendimento a usuários de substâncias psicoativas, a Portaria n. 224 estabelece, para um conjunto de 30 leitos, que a equipe técnica mínima para o período diurno deve ser composta por um médico psiquiatra ou clínico, um psicológico, um enfermeiro, dois profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional), profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades (BRASIL, 1992).

A criação dessas UPHGs tem algumas vantagens e desvantagens quando comparadas aos internamentos em hospitais psiquiátricos. Como vantagens, destacam-se, principalmente, a diminuição do estigma aos portadores de transtorno mental, disponibilidade de mais especialidades clínicas com variados recursos diagnósticos e terapêuticos, proximidade com pacientes de outras clínicas com diminuição da exclusão social, menor tempo de internação e melhor reinserção social (MACHADO; COUVERO, 2003; MACENA; CAPOCCI, 2004; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Algumas das desvantagens dessas unidades em hospital geral são a arquitetura hospitalar, que foi projetada para o atendimento de pacientes que passam a maior parte do tempo no leito, isso porque portadores de transtorno mental, em sua maioria, não necessitam de permanência no leito e carecem de espaço para circulação e desenvolvimento de atividades terapêuticas. Pode ser considerada uma desvantagem para situações de pacientes mais graves, pois as UPHGs ainda não são consideradas a primeira escolha para o atendimento

desses casos, que são encaminhados diretamente para hospitais psiquiátricos (MACHADO; COUVERO, 2003; MACENA; CAPOCCI, 2004).

Uma característica peculiar dessas UPHGs é a frequente admissão de usuários de álcool e outras drogas, os quais permanecem por um período mais curto de internação para desintoxicação, contudo os profissionais que atendem nessas unidades são menos preparados para o atendimento a essa clientela. (BOTEGA, 1997; MACENA; CAPOCCI, 2004).

A seguir, é feita uma breve descrição sobre a RAPS no Município de Cascavel, pois a UPHG em que se desenvolveu este estudo integra essa rede de atenção à criança e ao adolescente com transtornos relacionados a substâncias.

3.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial do Município de Cascavel

Localizado na região Oeste do Paraná, o município de Cascavel é o quinto mais populoso dessa região, com 312.778 habitantes, conforme dados do IBGE, publicados em 2015 (PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2017).

O município de Cascavel conta uma Rede de Atenção Psicossocial formada por unidades especiais de atendimento à população na área da saúde mental. Uma dessas unidades, o Centro de Atendimento em Saúde Mental – CASM, é um serviço com características de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública municipal de atenção à saúde mental. Tem a função de atender os indivíduos adultos que apresentam sofrimento psíquico, bem como suas famílias, para que possam ser inseridos em suas atividades cotidianas, buscando a ressocialização e o exercício da cidadania. Atende usuários residentes no município de Cascavel e suas famílias por meio de atendimento multiprofissional (PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2017).

Outra unidade de atendimento que o município oferece à população é o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS I, que presta assistência a crianças com transtorno mental e de comportamento, dando suporte ao usuário

e à sua família, visando à recuperação e à reinserção dessa criança e do adolescente na comunidade.

O município de Cascavel dispõe de Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPS AD, que atende também crianças e adolescentes com Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, proporcionando tratamento, reabilitação e ressocialização junto à família e comunidade através do acolhimento e tratamento individualizado (PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2017).

Atendendo à Portaria 106, do Ministério da Saúde, de 11 de fevereiro de 2000, foram criados dois Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental em Cascavel, que se constituem em moradias ou casas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais com graves dependências institucionais, que não tenham vínculos familiares e que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social (BRASIL, 2000). De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente as duas Residências atendem um total de 19 moradores.

Em consonância com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foi implantado em junho de 2006 o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, um serviço ambulatorial de atenção contínua. Este serviço acompanha os pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, elaborado pela equipe responsável por esse atendimento. Isso se deu em decorrência da necessidade de implantação da rede municipal de Atenção em Saúde Mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2017).

Para as situações em que o acolhimento de usuários de álcool e outras drogas seja necessário, o município conta com o Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, serviço 24h, que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Além do atendimento a usuários de substâncias psicoativas, o SIMPR constitui-se em um local de referência de cuidado e proteção para familiares, com o intuito de criar ou reestabelecer vínculos familiares, sociais, educacionais, laborais e culturais (PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2017).

Entre os serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial do município de Cascavel, há uma unidade denominada **Unidade de Desintoxicação** com 17 leitos, no hospital geral, destinada ao atendimento de crianças e adolescentes com Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas. Essa Unidade, além de compor a rede de atenção a usuários de substâncias psicoativas do município, atende todo o Paraná através da Central de Leitos Estadual.

Por ser esta Unidade o local em que se desenvolveu este estudo, foi feita uma descrição da organização da rede de atenção Psicossocial do Município, com o intuito de situá-la nesta rede.

3.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

O cuidado se traduz na essência do ser humano. Existimos no mundo por meio do cuidado, que inclui uma dimensão reflexiva do ser. Sem cuidado, não somos humanos, por isso, em essência, somos cuidadores e carentes de cuidado. Por ser ontológico do ponto de vista existencial, o cuidado está à frente de toda atitude e situação de fato. (BOFF, 2005).

Cuidar é se voluntariar a certas posturas e comportamentos que incluem dimensões éticas explícitas nos relacionamentos de cuidado, que, por sua vez, incluem elementos essenciais como a receptividade, a reciprocidade e a conectividade entre um e outro indivíduo (BAGGIO, ERDMAN, SASSO, 2010).

O cuidado é definido e precisa ser compreendido como a essência do ser humano, sem o cuidado, portanto, perdemos nossa essência. Sem cuidado desde o nascimento o ser humano se desestrutura, define, perde o sentido e morre. Se por outro lado, ao longo da vida não tivermos cuidado com tudo o que aprendemos, acabamos por prejudicar a nós mesmos e por destruir o que estiver à nossa volta (BOFF, 2005).

Dessa forma, o cuidado, que é a essência do ser humano, se torna a essência da enfermagem como profissão. Esse cuidado é direcionado às mais diversas áreas e campos da saúde, entre elas a saúde mental, outrora denominada psiquiatria.

O cuidado de Enfermagem em Psiquiatria surgiu junto com o projeto da medicina social, que passou a ter interesse pelo corpo individual, pela necessidade de conhecimento e pelo controle e utilização desse corpo como um todo. A psiquiatria foi a primeira especialidade médica atrelada a um projeto de conhecimento e transformação da sociedade na Europa do século XVIII (MACHADO, 1978; REINALDO PILLON, 2007).

A Enfermagem participou desse processo da medicina social em relação ao conhecimento que se apresentava sobre a organização interna do espaço asilar/hospitalar (REINALDO PILLON, 2007).

No Brasil, a psiquiatria surgiu a partir do século XIX, sendo considerada um movimento importante para a reformulação e transformação das enfermarias das Santas Casas e asilos de caridade, que eram caracterizados pela produção de morte e doença em instituições de cura e reeducação, ou seja, o hospício moderno. Nesse local, o cuidado de Enfermagem era caracterizado pela higiene social, higiene física e controle social (MACHADO, 1978; REINALDO PILLON, 2007).

A primeira escola de Enfermagem foi criada em 1890 no Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados, para atender à necessidade de formação de enfermeiras para hospitais civis e militares e, principalmente, formar enfermeiras para o cuidado em psiquiatria. Esta foi a chamada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (MACHADO, 1978; TEIXEIRA *et al.*, 2006; REINALDO; PILLON, 2007).

O objetivo da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados era formar profissionais para os hospitais psiquiátricos, civis e militares existentes no país. A escola promovia também a instrução e a profissionalização das mulheres pobres, disso decorriam algumas vantagens, como a incorporação e disciplinação dessas mulheres, o que garantia sua subordinação aos médicos e às religiosas, evitando conflitos (MIRANDA, 1994; TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Com a criação da escola, a Enfermagem passou a ser profissão e adquiriu certa valorização social, tornando-se uma alternativa de profissionalização principalmente para as mulheres. Para elas, o trabalho de

enfermagem, embora manual, significou a possibilidade de ascensão social, cuja realização exigia uma formação específica. Assim, nasce a Enfermagem Psiquiátrica (MACHADO, 1978; REINALDO PILLON, 2007).

Desta maneira, aos poucos, o trabalho do enfermeiro psiquiátrico foi ganhando forma própria, a princípio se configurando como observação e aplicação da terapêutica médica. Contudo, aos poucos, foi se encaminhando para uma atividade administrativa que, com o tempo, o distanciou de seu objeto de trabalho, caracterizando-se por um cuidado indireto. O cuidado indireto refere-se à coordenação, à supervisão, à capacitação de equipes e à preparação do ambiente administrativo para que outros profissionais da saúde possam atuar. Estes cuidados foram sendo incorporados nos serviços extra-hospitalares assim como era feito nos hospitais (BORTOCELLO; FRANCO, 2001).

Destarte, o enfermeiro precisa estar preparado e motivado para a realização e supervisão de um cuidado digno, de qualidade, voltado realmente ao bem-estar do cliente. Entretanto, muitas vezes, a gama de atividades administrativas e burocráticas faz com que a sensibilidade humana se reduza e o profissional se esqueça de tocar, conversar, ouvir e, até mesmo, olhar para o ser humano a quem deveria estar cuidando (WAIDMANN *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, as estratégias de cuidado precisam estar direcionadas ao conhecimento das individualidades de cada paciente com o intuito de constituir um elo entre sua família e a comunidade, que possa lhe servir de suporte durante o tratamento. O cuidado ultrapassa o “assistir o outro” e assume uma postura ativa de conhecer a quem se cuida, bem como seus desejos, saberes e valores.

A prática do cuidado de enfermagem solicita do enfermeiro sensibilidade, prontidão para escuta e empatia. É necessária predisposição interna do profissional para o cuidado, uma vez que suas atitudes podem produzir mudanças tanto em quem desempenha o cuidado quanto em quem o recebe (ROCHA; BARCELOS, 2010).

Além disto, o discernimento e o conhecimento técnico-científicos são importantes para o enfermeiro com vistas ao cuidado de qualidade ao indivíduo que faz uso abusivo de substâncias psicoativas, reconhecendo a necessidade

de prevenção, promoção e reabilitação desse indivíduo, considerando os fatores determinantes para o uso e desenvolvendo estratégias adequadas de enfrentamento à situação (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2011).

Assim, cuidar em enfermagem é muito mais que o desenvolvimento de técnicas, exige conhecimento, paciência, coragem, confiança, humildade e esperança, elementos considerados essenciais para o cuidado (WALDOW, 2004).

Tecidas considerações sobre o cuidado de enfermagem na área da saúde mental, no item a seguir, descrever-se-ão a avaliação de modo geral, seu surgimento e evolução e aplicação na área da saúde, educação, entre outras, para, na sequência, tratar mais detalhadamente da avaliação de quarta geração.

3.4 AVALIAÇÃO

Tão antiga quanto a existência do mundo, a avaliação sempre foi elemento inerente ao processo de aprendizagem e, após a Segunda Guerra Mundial, passou a fazer parte dos programas de saúde pública. Isso porque o Estado passou a gerir áreas como a educação, saúde, emprego, entre outras, e precisava encontrar meios para que a alocação de recursos fosse a mais eficaz possível (CONTRADIOPOULOS *et al.*, 1997).

No Brasil, as pesquisas sobre avaliação de programas tanto no âmbito da educação quanto no cenário das políticas públicas de saúde tiveram início somente a partir da década de 1980 (UCHIMRA; BOSI, 2002).

Assim, os custos e as vantagens dos programas públicos foram calculados, contudo, com o passar do tempo, descobriu-se que essa abordagem era insuficiente para dar conta da complexidade dos programas sociais e de educação. Houve então a necessidade de que a avaliação fosse “profissionalizada” a partir de uma postura multidisciplinar com vistas a atender as mais diversas áreas (CONTRADIOPOULOS *et al.*, 1997).

Na década de 1970, o Estado passou a assumir o papel de gestor dos serviços de saúde, dadas a situação econômica vigente desfavorável e a necessidade do controle de custos do sistema de saúde que, a cada momento,

assimilava novas tecnologias. Houve a necessidade de informações efetivas sobre a eficácia desses programas e, nesse contexto, a avaliação pareceu ser a melhor solução. Desde então, a avaliação conseguiu certo prestígio na área da saúde, sendo inúmeros os seminários e as publicações para tratar do tema. De certa forma, essa grande quantidade de publicações sobre a avaliação evidencia, além de seu prestígio, a complexidade do tema (CONTRADIOPOULOS *et al.*, 1997).

Após esse breve histórico do surgimento da avaliação aplicada à saúde, é feita uma tentativa de conceituar esse termo, pois, de acordo com a literatura, não há consenso sobre o termo avaliação (MIELKE, 2013), porquanto admite inúmeras formulações, podendo algumas ser contraditórias. Isso é facilmente explicado pela variedade de disciplinas que fazem uso da avaliação, ou das instituições e dos executores do processo avaliativo, além da gama de questões que podem ser consideradas na avaliação (HALA-HARJA; HELGASON, 2000). Além disto, inúmeros são os termos que podem ser utilizados para se referir à avaliação, como, por exemplo, revisão, monitoramento, escrutínio, auditoria, entre outros (HALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Para Guba e Lincoln (2011), não existe uma forma correta de definir avaliação ou o conceito iria finalizar os inúmeros debates acerca desse tema. No entanto, podem ser evidenciados diversos significados que a avaliação teve ao longo de sua história e analisar que a avaliação se tornou uma construção mais fundamentada e esclarecida.

Essa evolução no transcorrer da história da avaliação possibilitou a construção e reconstrução de conceitos bem como o acúmulo de conhecimentos com inúmeras influências interatuantes. Pode-se dizer que a avaliação passou por estágios ou gerações, cada uma delas marcada por características ou posturas do avaliador (GUBA; LINCOLN, 2011).

A avaliação é dividida em quatro gerações. A **Primeira Geração** tem por base a mensuração pela aplicação de testes de memorização por um avaliador a crianças e adolescentes em fase escolar. Nesse estágio, o avaliador assume uma postura de técnico capaz de utilizar instrumentos que permitem medir o conhecimento adquirido pelos estudantes. É possível

perceber a presença desse tipo de avaliação ainda nos dias de hoje, pois com frequência se encontram publicações nas quais as palavras medida e avaliação são apresentadas como sinônimos (WETZEL; KANTORSKI, 2004; GUBA; LINCOLN, 2011).

Na **Segunda Geração**, a avaliação se dedica a descrever e identificar como os programas atingem determinado resultado, assim, diz-se que essa geração é descritiva. A evolução da primeira à segunda ocorreu em virtude das críticas ao modelo inicial exclusivamente mensurador. Contudo, essa geração ainda manteve alguns resquícios da primeira e, com isto, originou a avaliação de programas com a finalidade de aperfeiçoar currículos que estavam sendo desenvolvidos. Nessa geração, são avaliados pontos fortes e fracos de um currículo, sendo que a função do avaliador é a de descritor, sem perder a postura de técnico. Nessa Geração, a medição não tem mais a equivalência de avaliação, mas é definida como um instrumento a ser utilizado no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Com um apelo ao juízo de valor como complemento essencial, surge a Avaliação de **Terceira Geração**, na qual o avaliador assume a postura de julgador, mantendo suas funções técnicas e descritivas. Nessa geração, a avaliação enfrentou mais problemas que nas anteriores, pois, para que se procedesse ao juízo de valor, dever-se-ia ter por base alguns critérios. Porém, estabelecer critérios impregnados de valores e crenças desbancaria a iniciativa científica da avaliação. Novos modelos surgiram, mas todos tendo por base o juízo de valor (GUBA; LINCOLN 2011).

Da superação das três gerações anteriores, surge a **Avaliação de Quarta Geração**, uma proposta inovadora desenvolvida por um processo de negociação com os atores envolvidos na realidade a ser avaliada. Esta geração é constituída pela união entre um **ênfoque responsivo** e a utilização de uma **metodologia construtivista**, que objetiva proporcionar o enlace entre as reivindicações dos indivíduos envolvidos no processo avaliativo e a delimitação dos parâmetros, assim como os limites que irão compor essa avaliação, a qual apresenta como característica principal a negociação com o escopo de desenvolver o senso crítico no grupo envolvido (GUBA; LINCOLN, 2011).

O uso dos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração, que são a abertura, a flexibilidade e a interação entre investigadores e seus atores sociais, permite uma forma de avaliação inovadora na área da saúde mental, uma vez que possibilita contemplar o cotidiano dos atores envolvidos nessa prática e os torna o elemento central do processo avaliativo com o intuito de produzir uma construção coletiva e sofisticada (KANTORSKI *et al.*, 2010).

Sendo assim, para desenvolvimento do objeto de estudo dessa tese, a avaliação do cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes com Transtornos Mentais e Comportamentais devidos aos usos de substância psicoativa, a Avaliação de Quarta Geração se apresentou como a mais adequada, isso porque, para avaliar o cuidado desenvolvido em Saúde Mental, é necessário lançar mão de uma metodologia diferenciada, que permita e valorize a participação dos sujeitos e prevê a construção coletiva, considerando suas reivindicações, tendo por base a realidade vivenciada por eles no cotidiano de sua prática profissional.

Essa proposta de avaliação de dada realidade não deve ser estanque, mas uma proposta que possibilite um olhar subjetivo e com profundidade nessa realidade. Uma proposta que permita que o profissional envolvido no cuidado seja ouvido e que suas colocações sejam consideradas. Por esse motivo, o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração, descrito no próximo item dessa pesquisa, foi o escolhido para desenvolver este estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

Nesse item, será apresentado o referencial metodológico da Avaliação de Quarta Geração, proposto por Guba e Lincoln (2011), sendo detalhados os itens *Metodologia Construtivista*, *O Enforque Responsivo*, *O Processo Hermenêutico-Dialético* e *O Processo Hermenêutico-Dialético na Prática*.

4.1 A METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA

A metodologia construtivista é uma proposta oposta ao método positivista presente nas avaliações do século XX, sendo o termo utilizado para designar a metodologia que conduz um processo de avaliação que se apoia em um paradigma alternativo ao positivismo da ciência (KANTORSKI *et al.*, 2010a; GUBA; LINCOLN, 2011). Essa metodologia está pautada no paradigma construtivista, o qual acredita que a realidade seja formada por construções sociais e mentais, existindo tantas quanto existem pessoas, pois cada um formula a sua de forma subjetiva, mesmo havendo questionamento se essas muitas construções são socializadas. Assim, pela interação avaliador/avaliado, é possível a criação de uma realidade sofisticada e informada. Esse paradigma é conhecido como interpretativo ou hermenêutico (GUBA; LINCOLN, 2011). Também é denominado como naturalista, pois rejeita a abordagem manipulatória da ciência e caracteriza uma alternativa a esta abordagem pelo processo hermenêutico-dialético, que possibilita um aproveitamento máximo da interação entre observador e observado. Isso cria uma realidade construída considerando essa relação que, sempre que possível, é esclarecida e fundamentada. Assim, não se pode pensar em discutir ou preestabelecer temas que não sejam um problema para o grupo de interesse, além de não ser produtiva uma avaliação com tal nível de sofisticação que não sirva para o direcionamento da prática (GUBA; LINCOLN, 2011).

4.2 A AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

Inicialmente, será apresentada uma breve introdução que trata sobre os idealizadores da Avaliação de Quarta Geração, a saber, Egon Gotthold Guba e Yvonna Sessions Lincoln.

Doutor em investigação quantitativa pelo Departamento de Educação da Universidade de Chicago, Egon Gotthold Guba (01.03.1924 – 26.03.2008) foi professor emérito da Faculdade de Educação da Universidade de Indiana, na qual trabalhou durante 23 anos até se aposentar no ano de 1989 (JANESICK, 2008).

Guba foi considerado um líder na mudança de paradigma de uma abordagem basicamente psicométrica para investigação em Educação para abrir a visão investigativa para incluir a pesquisa qualitativa com diferenciadas técnicas e métodos (JANESICK, 2008).

Nascido em Chicago, Guba estudou física e engenharia na Universidade de Valparaíso, diploma que recebeu após voltar da Segunda Guerra Mundial em 1946, quando pôde completar seu bacharelado. Logo após, iniciou mestrado em Educação na Universidade do Kansas e, posteriormente, obteve o título de Doutor em Estatística e Medição pela Universidade de Chicago, onde também lecionou por quatro anos. Lecionou na Universidade de Missouri Kansas City e completou 25 anos de sua carreira na Universidade de Indiana, onde se aposentou como Professor Emérito (JANESICK, 2008).

Foi durante sua trajetória na Universidade de Indiana que Egon Gotthold Guba conheceu Yvonna Sessions Lincoln (25.05.1944), doutora em Educação pela Universidade de Indiana, na qual lecionou mais tarde, assim como na Universidade de Kansas e no Stephens College. Atualmente é professora adjunta na Universidade de Vanderbilt (JANESICK, 2008).

Essa relação profissional e, mais tarde, pessoal, deu origem a vários trabalhos acadêmicos importantes, mas foi somente em 1985 que surgiu a sua primeira obra revolucionária na pesquisa educacional, denominada “Investigação Naturalista”, que resultou no crescimento estratosférico de métodos de pesquisa qualitativa na educação (JANESICK, 2008).

Após essa importante contribuição para a pesquisa qualitativa, os autores publicaram a “Avaliação de Quarta Geração”, em 1989, outra obra de peso com a atualização das ideias anteriormente publicadas de ambos, com um salto para um nível de construção mais fundamentado e esclarecido para a utilização em diversas áreas de conhecimento, inclusive, em pesquisas da área da saúde. Em 2011, essa publicação foi traduzida para o português e está em sua 1ª impressão. Em 1987, os autores ganharam o Prêmio *Paul Lazarsfeld* da Associação Americana de Avaliação por suas significativas contribuições para a pesquisa e a teoria da avaliação (JANESICK, 2008).

Após esta breve introdução sobre a trajetória acadêmica dos autores e do surgimento desse referencial utilizado para o desenvolvimento deste estudo, são apresentados, a seguir, os conceitos fundamentais que alicerçam a Avaliação de Quarta Geração.

Conforme os autores, a Avaliação de Quarta Geração é constituída pela união entre um enfoque responsivo e a utilização de uma metodologia construtivista. O intuito desse processo é a utilização de **Reivindicações**, **Preocupações** e **Questões** de grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*) (GUBA, LINCOLN, 2011). Neste estudo, o Grupo de Interesse foi composto pelos profissionais de enfermagem da **Unidade de Desintoxicação**, campo deste estudo.

Esse referencial metodológico tem o escopo de desenvolver o senso crítico nesse grupo de interesse, pois a avaliação de quarta geração é um modelo de avaliação em que as reivindicações do grupo são utilizadas como enfoques organizacionais que se constituem no princípio para determinar quais informações são essenciais, por isso se diz que a Avaliação de Quarta Geração tem enfoque responsivo (GUBA; LINCOLN, 2011).

4.3 O ENFOQUE RESPONSIVO

O **enfoque responsivo** é uma forma diferente de escolher os parâmetros e os limites da avaliação que se deseja realizar. Nos modelos de avaliação de primeira, segunda e terceira geração, os parâmetros e limites para esse processo são elencados, *a priori*, por negociações entre avaliador e

cliente. Na avaliação que utiliza o enfoque responsivo, ocorre uma negociação interativa entre os grupos de interesse, negociação essa que consome tempo e recursos disponíveis. Por essa característica de negociação e interação, se diz que a avaliação responsiva é emergente, surgindo de um contexto (GUBA; LINCOLN, 2011).

O método é o algoritmo central para qualquer processo de avaliação, isso porque determina as questões elementares que devem ser listadas e as informações que precisam ser coletadas (GUBA; LINCOLN, 2011).

A avaliação responsiva tem o que se chama de **organizadores avançados**, elementos de focalização ou parâmetros e limites da avaliação, que são as **Reivindicações**, **Preocupações** e **Questões** - RPQs com relação ao objeto de avaliação, identificado pelos interessados/ *stakeholders* (GUBA; LINCOLN, 2011).

Uma **reivindicação** é qualquer argumentação apresentada por um dos interessados, que seja favorável ao objeto de avaliação. A **preocupação** é uma afirmação, por parte de um dos interessados, que seja desfavorável ao objeto de avaliação. A **questão** trata de qualquer situação em que seja possível um grupo discordar de alguma ideia posta em discussão (GUBA; LINCOLN, 2011).

Assim, diferentes grupos terão diferentes RPQs e cabe ao avaliador investigá-las e abordá-las na avaliação. Guba e Lincoln (2011) identificam três tipos de grupos de interesse - os representantes, os beneficiários e as vítimas - conforme apresentamos a seguir.

1 - Os **representantes**² (ou agentes) são pessoas envolvidas na produção, utilização e implementação do objeto de avaliação. Entre eles, desenvolvedores do objeto de avaliação, patrocinadores locais, regionais e nacionais, pessoal envolvido na implementação do objeto de avaliação, entre outros. Nesse estudo, os representantes do grupo de interesse foram os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no cuidado na Unidade de Desintoxicação.

² O Referencial Teórico-Metodológico utilizado para realização deste estudo denomina “respondentes” os indivíduos que participam do processo avaliativo, contribuindo para a formulação do que os autores chamam de “construções conjuntas”. Contudo, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, neste estudo será utilizado o termo “*participante*” para se referir a estes indivíduos.

2 - Os **beneficiários** são pessoas que, de alguma forma, tiram proveito do uso do objeto de avaliação. Entre eles, estão os beneficiários diretos, o “grupo alvo”, que são as pessoas para as quais o objeto e a avaliação foram criados; os beneficiários indiretos, que são as pessoas cuja relação com os beneficiários diretos é intermediada, facilitada, aprimorada ou influenciada positivamente; e a sociedade em geral, que ganha com o fato de o objeto de avaliação estar sendo aprimorado.

Nesse estudo, os beneficiários diretos são as crianças e adolescentes em tratamento na unidade e seus familiares, e os beneficiários indiretos, os profissionais da equipe, os quais prestam cuidados a esses indivíduos.

3 - As **vítimas** são as pessoas afetadas de modo negativo pelo uso do objeto de avaliação como grupos excluídos do uso desse objeto, ou grupos que sofrem algum efeito colateral negativo. Não evidenciamos vítimas do desenvolvimento desta avaliação por intermédio da construção desta tese.

Nesse processo, o avaliador é o responsável por conduzir a avaliação e possibilitar que cada participante seja capaz de confrontar e lidar com as construções dos demais em um processo chamado hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 2011).

Após a coleta de dados, na análise preliminar das RPQs pode haver necessidade de nova coleta de dados para reafirmar ou refutar tais informações. O método para a coleta de novas informações depende em muito do ponto de discórdia a que uma questão chegou, por exemplo, se ela for uma **reivindicação**, as informações podem ser coletadas para **confirmá-la**, caso seja **uma preocupação**, as informações são coletadas para **indagar** até que ponto essa preocupação se justifica ou se o ponto de discórdia for uma **questão**, as informações a serem coletadas podem **apoiar** ou **refutar** cada um dos lados (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para a coleta de novas informações, o pesquisador pode incluir outros participantes que tenham mais facilidade em discorrer sobre o tema. Existe ainda a possibilidade de se retornar aos primeiros respondentes para que eles possam fazer seus comentários e críticas às construções feitas até o momento (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na quarta fase da avaliação responsiva, ocorre a negociação entre os participantes, mediada pelo avaliador, com a utilização das informações avaliatórias coletadas. Nesse momento, o intuito é chegar a um consenso sobre o ponto de discórdia, mas nem todos esses pontos serão resolvidos. Esses temas se constituirão em propostas para uma próxima avaliação a ser desenvolvida (GUBA; LINCOLN, 2011).

4.4 O PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

O processo hermenêutico-dialético recebe esse nome por ter como objetivo construir uma síntese elaborada segundo pontos de vista diferentes, sendo isso possível pelo caráter interpretativo da hermenêutica e pela comparação bem como pela contraposição inerente à dialética. Entretanto, o intuito desse embate não é atacar os pontos fracos presentes em um discurso ou a produção de uma construção pessoal, mas a produção de uma correlação entre construções individuais que possam ser examinadas por todos os indivíduos envolvidos nesse processo (GUBA; LINCOLN, 2011).

A intenção do processo hermenêutico-dialético é a produção de uma síntese de alto nível, um consenso sobre determinado tema discutido, quando possível. Nesse processo, cada participante entra em contato com as construções dos demais participantes, momento em que existe a possibilidade de modificação e de ampliação de suas próprias construções (GUBA; LINCOLN, 2011). Caso o consenso não seja possível, então esse processo oportuniza a exposição de pontos de vista diferentes, que serão tópicos para a criação de uma agenda de negociação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Quando houver consenso, todas as construções iniciais terão sido reconstruídas e, mesmo não havendo consenso, todos os indivíduos que participaram do processo terão ganhos, pois tiveram a possibilidade de discutir em conjunto sobre o tema em questão e adquiriram maior nível de informação e esclarecimento, o que culmina com ganho em poder de decisão, uma vez que suas considerações foram ouvidas e lapidadas pelo grupo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para que o processo hermenêutico-dialético ocorra de forma produtiva, é imprescindível que o pesquisador faça, inicialmente, tantas quantas possíveis observações livres do campo de pesquisa. Essa observação permite, além de conhecer a rotina do local onde a avaliação acontecerá, ganho de experiência pessoal e importantes reflexões, as quais podem ser utilizadas durante a fase de entrevistas (GUBA; LINCOLN, 2011).

Segundo Guba e Lincoln (2011), para que o processo hermenêutico-dialético ocorra, é necessário que algumas condições essenciais e obrigatórias sejam cumpridas por todos os participantes:

1 - Assumir o compromisso de fidedignidade em suas informações, pois não há intenção de iludir, mentir ou ocultar construções errôneas por parte do pesquisador e se espera que os participantes compreendam os resultados benéficos que estas construções trarão para sua prática profissional. É necessário que os participantes tenham uma postura íntegra, no entanto quando se observar que isso não ocorre, tanto o pesquisador quanto os demais participantes podem “protestar” para tentar retificar o processo (GUBA; LINCOLN, 2011).

2 – Tenham competência mínima de comunicação, possam oferecer suas construções e sejam capazes de criticar as construções dos demais participantes de maneira plausível. Entre os indivíduos que não devem ser considerados construtores, estão as crianças, pois, dependendo de sua idade, não conseguem participar de maneira significativa nesse processo, os deficientes mentais, conforme a gravidade de seu acometimento, e os portadores de transtornos mentais com personalidade autoenganosa, pois suas construções não advêm de uma vivência, mas de construções mentais (GUBA; LINCOLN, 2011).

3 – Tenham disposição de compartilhar poder, uma vez que estão no mesmo nível para a discussão (GUBA; LINCOLN, 2011).

4 – É preciso disposição para mudança quando a negociação for convincente. Indivíduos com dificuldades em mudança de postura ou mesmo aqueles que defendem incisivamente as construções têm dificuldade em promover uma negociação significativa (GUBA; LINCOLN, 2011).

5 – Estar dispostos a reconsiderar seus valores, pois esse processo privilegia as construções coletivas (GUBA; LINCOLN, 2011).

6 – Precisam ter disposição de se comprometer com o tempo e a energia, que serão necessários para o desenvolvimento desse processo (GUBA; LINCOLN, 2011).

4.5 O PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO NA PRÁTICA

Inicialmente, o pesquisador escolhe o primeiro respondente R_1 , podendo essa escolha ser baseada em qualquer motivo conveniente ao estudo. Esse indivíduo participará de uma entrevista aberta, que tem por intuito uma construção inicial sobre o que estiver sendo investigado/avaliado. Assim, como questão de entrevista, foi solicitado aos participantes que falassem abertamente, com suas palavras, sobre *o cuidado desenvolvido a crianças e adolescentes na Unidade de Desintoxicação e, mais especificamente, sobre o cuidado de enfermagem de maneira que permitisse avaliar as dificuldades e facilidades de seu desenvolvimento*. Contudo, como se poderá observar no item de análise, os participantes discorreram do cuidado como um todo, justificando assim o título e os resultados desse estudo.

Conforme Guba e Lincoln (2011), o período de observação em que o pesquisador permanece no campo é propício para que o primeiro respondente seja selecionado. Essa seleção não é casual, mas respaldada em observações específicas do pesquisador. Assim, após as horas de observação, escolhe-se o primeiro respondente pelo fato de acreditar que este seja o participante do estudo que, inicialmente, possibilita mais contribuições e clareza para responder ao objetivo da pesquisa.

Posteriormente, no processo de avaliação, os comentários do primeiro participante entrevistado, R_1 , são analisados assim como suas observações quanto às dificuldades e facilidades em desenvolver o cuidado bem como os fatores que poderiam contribuir para o melhor funcionamento do serviço. Complementarmente, solicita-se a R_1 que fale sobre o que aprecia e/ ou não em sua prática nesse local, uma vez que o intuito dessa pesquisa é avaliar o cuidado de enfermagem desenvolvido a crianças e adolescentes em

tratamento por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.

Após, solicita-se a R_1 que indique o próximo respondente, R_2 , que, na visão de R_1 , seria um respondente que traria construções diferentes das suas. Da análise das construções desse participante, resulta a primeira construção da avaliação, ou seja, C_1 .

Os temas centrais, conceitos, ideias e valores dessa primeira entrevista são então analisados pelo pesquisador para a formulação inicial da construção de R_1 , que é chamada de C_1 . De acordo com Guba e Lincoln (2011), a análise deve ocorrer logo após a coleta de dados, antes de se proceder à entrevista com R_2 .

É recomendado que o pesquisador confirme com o entrevistado, caso haja questões consideradas politicamente delicadas, para ter certeza de que compreendeu o posicionamento do indivíduo. Assim, a metodologia prevê que, após a transcrição da entrevista, o participante possa ler seu conteúdo com o intuito de validar, acrescentar ou refutar algumas colocações (GUBA; LINCOLN, 2011).

Posteriormente, conforme o referencial metodológico de Guba e Lincoln (2011), procede-se com a entrevista de R_2 , que deve ter a mesma liberdade de expressão que R_1 para falar livremente sobre o objeto de pesquisa. Considerando certo tempo da entrevista, quando o pesquisador percebe que R_2 se mostra espontâneo em suas considerações, a ele são apresentados os temas da análise de R_1 , e R_2 é convidado a tecer seus comentários sobre esses temas. Logo, a entrevista de R_2 , além de gerar informações sobre R_2 , apresenta críticas às construções e informações de R_1 .

Terminada essa entrevista, o pesquisador solicita que R_2 indique o próximo respondente R_3 e procede com uma segunda análise que envolverá as considerações de R_1 e R_2 , que resultarão na construção conjunta C_2 , considerada mais esclarecida e fundamentada, por resultar de duas fontes. Seguindo este princípio, chegar-se-á à construção final conjunta. Assim, o círculo hermenêutico-dialético ficará como na Figura 1.

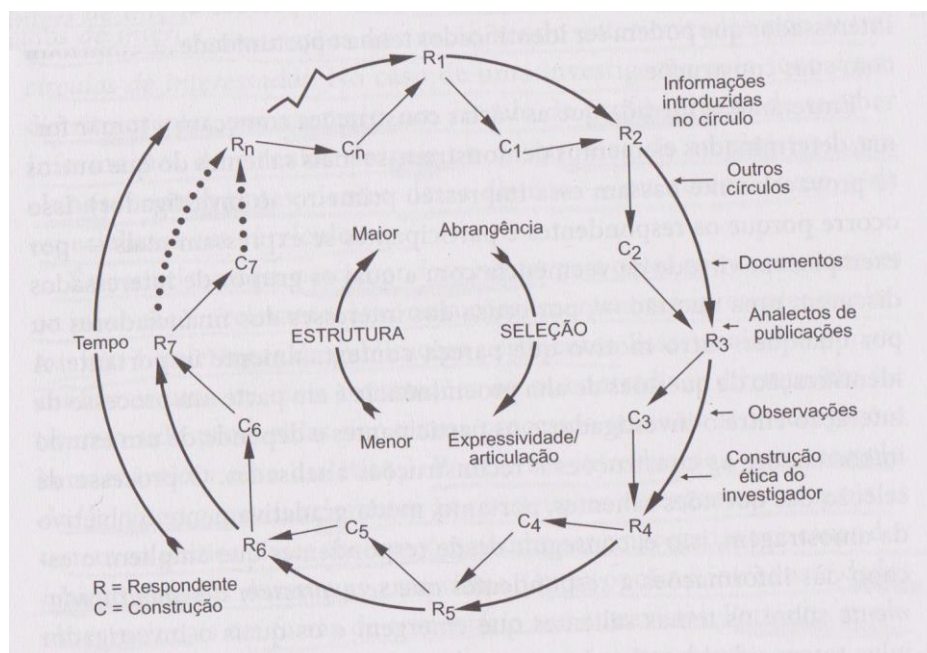


Figura 1. Círculo hermenêutico (Extraído de Guba e Lincoln, 2011)

Inicialmente, as perguntas do pesquisador são desestruturadas, tornando-se, com o passar das entrevistas, cada vez mais pontuais, pois as construções embasadas nas falas dos participantes ficam mais claras ao investigador (GUBA; LINCOLN, 2011). Existe a possibilidade de que o círculo seja repassado, concedendo aos primeiros respondentes, oportunidade de fazer suas considerações sobre as construções feitas no desenvolver do círculo. Isso ocorre porque os primeiros respondentes não tiveram oportunidade de reagir às construções dos demais (GUBA; LINCOLN, 2011).

É importante ressaltar que o referencial permite que o pesquisador retorne às primeiras entrevistas para mais leituras quantas vezes achar pertinente na suspeita de que algum dado importante tenha sido desconsiderado. Por esse motivo, é sempre prudente considerar todos os temas apresentados nas entrevistas, por mais que a quantidade seja grande, pois será mais fácil descartá-lo posteriormente do que resgatá-lo por ter sido desconsiderado prematuramente (GUBA; LINCOLN, 2011).

5 METODOLOGIA

Nesse item, será apresentada a metodologia que foi seguida para a realização do estudo. Para tanto, serão apresentados o tipo de estudo, o local, os participantes, os meios de coleta dos dados, a análise dos dados e os aspectos éticos que norteiam pesquisas na área da saúde.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo avaliativo qualitativo, do tipo estudo de caso, com o uso do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração proposto por Guba e Lincoln (2011). O estudo de caso é definido como uma pesquisa empírica, que objetiva a investigação de dado fenômeno contemporâneo, em seu contexto natural, em situações nas quais as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. Nesse tipo de estudo, o pesquisador deve manter-se atento para conhecer o contexto, as relações interpessoais envolvidas, sentimentos e valores, uma vez que favorecem uma apreensão mais complexa do objeto estudado (YIN, 2010).

O uso do estudo de caso em pesquisa que utiliza o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração se dá, portanto, pela sua potencialidade em descrever o contexto real do objeto a ser avaliado. Da mesma maneira, pela capacidade que este tipo de estudo tem em explorar contextos específicos, uma vez que permite identificar a realidade em estudo e sua correlação com a teoria e a prática concreta dos serviços e programas de saúde (GUBA; LINCOLN, 2011).

A pesquisa avaliativa consiste na aplicação de procedimentos advindos das ciências sociais, que têm por intuito fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e sua implementação no contexto em que são desenvolvidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A abordagem qualitativa foi a escolhida, por ser uma maneira adequada de coletar informações subjetivas com o uso dos sentidos. Assim, pode-se conversar com as pessoas, observar o que fazem, ler documentos e

analisar os mais discretos indícios de fatos que possam contribuir para a pesquisa. Essa modalidade de pesquisa tem a característica de facilitar o estudo de determinadas questões com maior profundidade, de forma aberta e com riqueza de detalhes, isso porque não se restringe a categorias predeterminadas de análise (PATTON, 2002; GUBA, LINCOLN, 2011).

Soma-se a isto que essa abordagem tem como pressupostos a abertura, a flexibilidade e a interação entre investigadores e seus atores sociais, e objetiva abarcar a totalidade do ser humano, dando maior valor à sua experiência em cenários naturais de seu cotidiano. Também busca contemplar aspectos de todas as suas dimensões e singularidades, pois o significado que o ser humano atribui às suas experiências emerge do meio em que vive (LIBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A opção pela utilização do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração deve-se ao fato de possibilitar que grupos de interesse sejam ouvidos em suas demandas e necessidades, segundo uma negociação entre eles, mediada pelo pesquisador. Com isso, existe a possibilidade de pensar novas dinâmicas de trabalho, considerando uma negociação e uma validação de ações com os profissionais envolvidos. Esses apontamentos coadunam com o descrito no item de apresentação desse estudo quando as necessidades do Serviço foram apresentadas pela direção, local de realização deste estudo e, conseqüente, solicitação de uma ação que contribuísse para a qualidade do desenvolvimento da prática dos profissionais que ali atuam.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local escolhido para realização deste estudo foi uma Unidade para tratamento de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, denominada **Unidade de Desintoxicação**. A referida Unidade está situada em um hospital geral e de ensino na região oeste do Paraná.

Construído na década de 1970 e inaugurado no dia 31 de maio de 1989, o então Hospital Regional de Cascavel – HRC, no ano de 2001 foi

transformado em Hospital Universitário do Oeste do Paraná- HUOP e transferido para a UNIOESTE, por meio do decreto nº 3567, de 05 de março de 2001 (ZANATTA, 2003; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010).

As crianças e adolescentes internadas geralmente são diagnosticadas pela CID10. Em consulta aos prontuários, observou-se que os transtornos mais recorrentes são: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F19), em casos de consumo de múltiplas drogas, e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides, síndrome de dependência (F12.2), quando especificamente relacionados ao uso de maconha.

Os pacientes admitidos para tratamento são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde-CAPS AD ou por ordem judicial, mas somente são admitidos por solicitação da Central Estadual de Leitos, que faz a regulação das vagas.

Esta unidade foi inaugurada em março de 2007, inicialmente proporcionando atendimento aos municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e, posteriormente, em 2015, passou a atender todo o Estado por meio de regulação de leitos feita pela Central Estadual de Leitos.

Com o intuito de identificar os municípios atendidos até o momento pela Unidade, foi feita uma consulta ao serviço de internamento da instituição e da observação da lista de internações entre os anos de 2007 e 2016, tendo sido constatado que foram atendidos crianças e adolescentes de 59 municípios de todo o Estado do Paraná.

No mapa do Estado do Paraná, Figura 2, estão identificados, através dos pontos destacados em azul, os municípios de onde foram encaminhados, até o momento, crianças e adolescentes para tratamento na unidade.

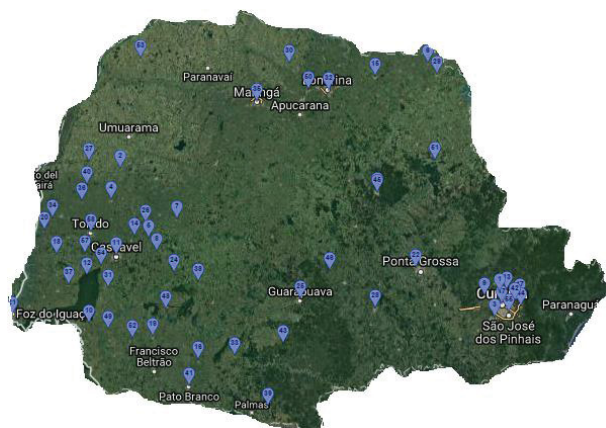


Figura 2. Municípios que tiveram crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Desintoxicação no período de 2007 a 2016.
Fonte: O autor, 2017.

Este hospital é um ponto estratégico de referência para a região oeste do Paraná no atendimento a especialidades e alta complexidade. O fato de ser referência para a região no atendimento a especialidades clínicas e de ser conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS fez com que esta instituição fosse escolhida para a implantação desta unidade para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (ZANATTA, 2003; FERREIRA, 2006; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010).

Nessa unidade, as internações podem acontecer nas modalidades voluntária, involuntária e compulsória. Para internação voluntária, o próprio indivíduo solicita seu internamento; na involuntária, a internação é solicitada por familiares; e na compulsória, o internamento é feito por ordem judicial. Em todas essas modalidades, existe a regulação de leitos por meio de uma Central Estadual de Leitos.

Esta Unidade foi criada por determinação judicial, ancorada nos argumentos de que em Cascavel existia um número crescente de crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais decorrentes de dependência de substâncias psicoativas e que, em dadas circunstâncias, poderia acontecer a necessidade de internação por surtos psicóticos ou graves crises de abstinência. Quando isso ocorre, há necessidade de leitos psiquiátricos em hospital geral, contudo, na região de Cascavel, não havia este serviço (FERREIRA, 2006).

Anteriormente à criação da Unidade de Desintoxicação, o autor do documento supracitado argumenta que a falta de unidade psiquiátrica no hospital geral para atendimento às especificidades de pacientes pediátricos da região fazia com que não houvesse para onde encaminhar os casos mais graves, gerando abandono do tratamento e, conseqüente, recaída ao uso de drogas. Assim, justifica-se que os leitos psiquiátricos no hospital geral figuram um serviço de saúde essencial para formar a rede de apoio à saúde mental, em especial para tratar dependência química e outros sofrimentos mentais de crianças e adolescentes (FERREIRA, 2006).

A Unidade tem capacidade para atender a 17 pacientes, distribuídos em sete leitos para adolescentes do sexo feminino, sete para o masculino e três leitos destinados ao atendimento de crianças (FERREIRA, 2006; SILVA, 2009; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010).

Com relação à estrutura física para o atendimento da clientela, a unidade tem uma sala de recepção, um consultório, um posto de enfermagem três quartos com quatro leitos, um quarto com três leitos e um quarto com dois leitos, todos com banheiro, sala de TV, refeitório, um corredor e um espaço aberto cercado por muro e coberto com grade e tela em sua parte superior.

Durante o período em que o estudo foi desenvolvido, a unidade passava por reformas em sua estrutura física, por esse motivo, o número de leitos fora reduzido para o total de oito. Nesse período, a pesquisadora observou dois ciclos de internação nos quais os pacientes eram somente do sexo masculino, nos demais ciclos, havia pacientes de ambos os sexos.

A equipe multiprofissional é composta pela equipe de enfermagem, três médicos psiquiatras, um assistente social, um profissional que trabalha com recreação, um psicólogo redirecionado da reitoria da universidade que presta atendimento uma manhã por semana. Cabe ressaltar que a unidade não conta com enfermeiro exclusivo no período noturno, sendo, então, para o atendimento, nesse período, direcionados os enfermeiros que fazem supervisão da ala Clínica Médica, que fica mais próxima da unidade, que, desse modo, ficam encarregados das duas unidades.

A Unidade conta com três professoras da equipe do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar – SAREH, que são acompanhados pelo Núcleo Regional de Educação - NRE de Cascavel.

A dinâmica de atendimento se dá através de ciclos de internação, sendo as crianças e os adolescentes internados na mesma semana, quando possível. Esses ciclos duram em média 40 dias e, em seu transcorrer, são desenvolvidas atividades como educação em saúde, atividades artísticas, visitas religiosas, aulas, passeios a locais como o Centro da Juventude, zoológico municipal, sessões de cinema na biblioteca pública, quartel do exército.

No decorrer do ciclo de tratamento, em caráter emergencial, pode ocorrer a admissão de outros pacientes. Em situações nas quais a equipe identifique a necessidade de permanência de algum paciente, por um período maior que o ciclo de 40 dias, então ele permanecerá em tratamento até ser encaminhado para serviços como comunidades terapêuticas ou, em último caso, para hospitais psiquiátricos de acordo com a disponibilidade de vagas da central de leitos. Essa indicação é feita pela equipe multiprofissional em reunião semanal/mensal ou mesmo por determinação judicial quando a criança ou o adolescente corre algum risco de retornar para sua casa.

O serviço conta com atividades desenvolvidas por estagiários dos cursos de odontologia e fisioterapia da UNIOESTE. Inicialmente, outros voluntários atendiam na unidade, contudo, com o passar do tempo, o número foi sendo reduzido e, atualmente, as atividades em sua maioria são desenvolvidas pela própria equipe de enfermagem.

Entre os profissionais que atuam neste local, está a equipe de enfermagem, composta por 19 profissionais distribuídos nos períodos matutino, vespertino e nos plantões noturnos. A Unidade conta com um enfermeiro coordenador, que trabalha em escala de oito horas diárias e também cumpre plantões assistenciais, noturnos e em finais de semana, quando necessário. Assim, no período da manhã, trabalham dois técnicos de enfermagem, um auxiliar e um enfermeiro; no período da tarde, três auxiliares de enfermagem e um enfermeiro; e o período noturno, composto por três equipes diferentes,

conta com dois técnicos de enfermagem por noite e um enfermeiro com escala de cobertura.

A Instituição tem um programa de plantonista docente, contando a Unidade com uma enfermeira professora da UNIOESTE, da área da saúde mental, que faz plantões uma vez por semana e participa ativamente de todas as decisões e propostas referentes à unidade. Os enfermeiros do período noturno não são exclusivos desse setor, sendo designados aqueles cuja unidade seja próxima dessa ala de tratamento.

Os profissionais de Enfermagem do hospital trabalham em turnos divididos em manhã e tarde e têm carga horária equivalente a 6h/dia, seis dias/semana, alternados com folgas. Já os profissionais que trabalham no período noturno têm carga horária de 12 h/noite, intercalada com 60 horas de descanso entre os plantões. Para cumprir a carga horária mensal, o período noturno tem plantões extras denominados “dobras”, nos quais o profissional escolhe o horário diurno ou o noturno para seu cumprimento, sempre na mesma unidade (SILVA, 2009).

A Unidade não tem credenciamento junto ao Ministério da Saúde como atendimento especializado em saúde mental, por esse motivo, não recebe verbas para serem utilizadas na melhoria do serviço, assim se pôde observar que o mobiliário é antigo e aquém da quantidade necessária para atender à quantidade de leitos que oferece.

As enfermeiras do período da manhã e tarde desenvolvem atividades de rodas de conversa sobre temas como relacionamento interpessoal e noções básicas de higiene corporal, autoestima e convivência em grupo, abordando o papel da droga no comportamento do indivíduo e discussão do tema: “*o que as drogas trazem de bom e de ruim para nossas vidas e das pessoas que nos cercam?*”. Essa atividade tem o intuito de propiciar reflexão sobre a perda de laços familiares que o uso de substâncias produz ao longo do tempo na vida dos indivíduos.

Três vezes por semana, são desenvolvidos grupos pela psiquiatra da unidade, que reúne todos os adolescentes na sala de TV e trata essencialmente sobre prejuízos relacionados ao uso de drogas, como perda de relacionamento familiar, abandono escolar e riscos para a saúde. Essa

atividade, intitulada “tribunal da droga”, proporciona oportunidade para que todos os adolescentes falem de suas vivências e reflitam sobre elas com o intuito da produção de uma crítica sobre o uso de drogas.

Ainda com relação à dinâmica de funcionamento da unidade, uma vez por semana, nas terças-feiras, no período da tarde, a equipe multiprofissional se reúne na sala de recepção para discussão dos casos de cada paciente, o que essa equipe denomina de “Plano Terapêutico do Paciente”. Ocorre que durante o período de internamento a totalidade dos adolescentes e das crianças é dividida entre as técnicas de enfermagem para que façam suas observações e notas sobre um paciente. As anotações relacionadas ao tipo de substância que cada adolescente ou criança faz, a frequência e a quantidade de consumo, dados mais subjetivos são coletados com os próprios adolescentes no período de internação.

A discussão desse chamado “Plano Terapêutico” ocorre após duas semanas de internação, e sua condução fica a cargo dos enfermeiros da Unidade. Nesse processo de observação, cabe aos enfermeiros trazer informações como identificação do comportamento de cada adolescente e criança, riscos para o uso de drogas, identificação de pessoas que poderiam se constituir em apoio positivo após a alta e influências negativas.

Após a exposição das observações de cada criança ou adolescente, os demais membros da equipe multiprofissional são convidados a fazer suas colocações, com base no tempo durante o qual prestaram atendimento aos pacientes. Assim, a equipe define algumas atitudes a serem tomadas com relação a cada caso em específico, sendo a cada reunião discutidos dois casos.

No início de cada ciclo de internação, os enfermeiros do período da manhã e da tarde organizam as chamadas “Reuniões de Rede”. Essas reuniões são desenvolvidas com a presença de um dos enfermeiros da unidade, um psiquiatra, assistente social e um professor do SAREH, com profissionais do município de origem de cada adolescente e criança. Um fato observado é o longo tempo que o enfermeiro utiliza para agendamento das “Reuniões de Rede”, o que, literalmente, o afasta do cuidado direto aos

indivíduos internados, limitando o desenvolvimento de grupos terapêuticos no decorrer do ciclo de internação.

O longo tempo utilizado pelo enfermeiro para o agendamento das “Reuniões de Rede” acontece porque ele precisa ligar para os diversos serviços que são referência para cada paciente como Escola, Unidade Básica de Saúde e Conselho Tutelar, com o intuito de escolher uma data propícia para que todos possam se reunir.

Depois de agendadas, as reuniões ocorrem a partir da segunda semana de internação, sendo realizadas, em sua maioria, nas imediações da unidade, mas quando os profissionais do município de origem dos pacientes não têm condições para se deslocar até a unidade de internação, então as reuniões são feitas via teleconferência no Núcleo de Telemedicina - NUTE da instituição. Quando mais de um paciente do mesmo município estiver internado, então é discutido mais de um caso por reunião. No transcorrer do ciclo de internação, acontece apenas uma única reunião para cada paciente.

Para participar das “reuniões de rede”, são convocados profissionais da UBS, do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, do Centro Especializado de Assistência Social - CREAS e do CAPS AD de referência do paciente. Também são convocados os representantes da escola em que a criança ou adolescente frequenta para discussão sobre o pós-alta e a responsabilização dessa rede de apoio para o acompanhamento do paciente.

A pesquisadora foi convidada a participar das “Reuniões de Rede” desenvolvidas durante o período de desenvolvimento deste estudo, pois, segundo o enfermeiro responsável pela sua organização e condução, seria um momento importante para o entendimento da totalidade das atividades desenvolvidas na Unidade. Contudo, por questão de tempo, não foi possível participar de todas. A nota de observação, a seguir, relata uma dessas reuniões:

“Na sala de teleconferência, encontram-se o enfermeiro do período da manhã, a assistente social, uma professora do SAREH e a pesquisadora. Na tela de projeção, observam-se algumas pessoas se posicionando para o início da reunião. A reunião de hoje será sobre o adolescente X do município X que está há duas semanas

internado para tratamento na instituição. O enfermeiro inicia a reunião apresentando todos os membros. Da mesma forma, os profissionais do município de origem do adolescente se apresentam. Estão presentes a enfermeira da Unidade Básica de Saúde referência para o adolescente, uma assistente social, uma conselheira tutelar e a diretora da escola que ele frequenta. O enfermeiro explica que a professora do SAREH será a responsável por secretariar a ata da reunião, que será digitalizada e enviada por correio eletrônico para que todos possam assiná-la. A enfermeira menciona que uma cópia desta ata será enviada ao Ministério Público e outra cópia para o juiz da vara de infância e adolescência, para que todos estejam cientes dos acordos feitos durante a reunião. A reunião segue com os apontamentos e questionamentos da enfermeira sobre quais ações foram tomadas pela atenção básica antes do encaminhamento do adolescente [...]. Percebe-se que os profissionais representantes do município desconheciam vários fatos sobre as condições de risco que o ambiente em que o adolescente vive lhe proporciona, riscos como conviver com pais alcoolistas, irmãos mais velhos usuários de substâncias, um deles que também trafica [...]. Ao final da reunião, alguns acordos foram firmados com o comprometimento dos representantes do município de origem em tomar providências cabíveis, referentes às informações complementares que receberam dos profissionais da unidade. (NO - 52).

Em situações nas quais a reunião ocorra nas imediações da unidade, ao final das pactuações feitas pelos profissionais da unidade de tratamento e demais profissionais que representam o município de origem do indivíduo, a criança ou adolescente é convidado a participar para que seja informada de que a reunião aconteceu e reconheça as pessoas que dela participaram.

Durante a reunião, uma ata é lavrada e encaminhada para a assinatura de todos os participantes para fins de documentação. Quando os serviços do município a que a criança ou adolescente pertence não participam da reunião, o Ministério Público é comunicado via documento enviado pela coordenação da Unidade.

Os pais ou demais responsáveis diretos não participam destas reuniões, esses participam de reuniões realizadas na Unidade, nas quartas-feiras, antes do horário de visitas, a cargo do serviço social.

Com relação aos horários de visitas, são destinadas as quartas-feiras no período da tarde e os sábados no período da manhã. Nessas visitas, podem comparecer duas pessoas que sejam os pais ou responsáveis, irmãos e demais familiares que tenham vínculo com a criança ou adolescente.

Ainda referente ao período de visitas, observou-se ser restrito em se tratando de pacientes em fase de criança e adolescência, pois, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), esses pacientes têm garantida a permanência de um acompanhante, em tempo integral, durante o período de permanência na Unidade, prática que se observou não existir.

Para identificar quem são os familiares com quem o adolescente ou a criança tem vínculo positivo, após três dias de sua internação, eles são questionados se haveria alguma pessoa de quem gostaria ou não de receber visita e qual o motivo. Quando ele refere que não quer a visita dos pais, por exemplo, e a equipe consegue identificar que sua negativa pode ser dar em virtude da revolta pela iniciativa dos pais em buscar ajuda que culminou com a internação, então o trabalho da equipe será em prol da restituição e do fortalecimento de vínculo entre o adolescente e sua família. Contudo, quando a equipe identifica que a negativa da criança ou do adolescente em receber os pais ou demais familiares se dá em decorrência de maus tratos ou abusos recebidos, então o Conselho Tutelar é acionado para as devidas providências.

No período de internamento, o paciente e o familiar ou responsável recebem orientações sobre a utilização da medicação prescrita na alta, sobre quando e como procurar o CAPS AD e serviços de apoio. Essas orientações são feitas pela equipe de enfermagem e serviço de assistência social da instituição.

Durante o ciclo de internação, um grupo denominado “Arte Terapia”, que faz parte dos Projetos de Desenvolvimento do Agente universitário – PDA da instituição, formado por membros da própria equipe de enfermagem da unidade, desenvolve atividades artísticas como confecção de cartazes, pinturas das paredes da unidade, estímulo a desenhos e um projeto de horta vertical com as crianças e adolescentes.

Outro grupo de PDA desenvolve atividade de Educação em Saúde na semana que antecede a alta hospitalar. Essa atividade contempla temas como

sexualidade, cuidados com o corpo, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez na adolescência. O grupo promove uma atividade com várias dinâmicas que convidam as crianças e adolescentes para uma reflexão acerca dos temas trabalhados durante o período.

Ao final de cada ciclo de internação, a equipe se reúne para uma roda de conversa para avaliar o período de internação finalizado e para discussão sobre temas que surgiram no seu transcorrer. Após essa reunião, os profissionais participam de atividades fora da instituição, como passeios ou mesmo um jantar em grupo. Esta atividade marca o encerramento de um ciclo de internação para que no dia seguinte se dê início a um novo ciclo.

Em comum acordo com as direções de enfermagem, administrativa e clínica da instituição, a Unidade encerra as internações do ano no dia 18 de dezembro e volta ao atendimento no dia 18 de janeiro do ano seguinte. Nesse período, são concedidas férias coletivas aos profissionais, pois, segundo estatísticas da unidade, é o período de menor solicitação de vagas para internamento e, caso haja alguma necessidade de internamento dessa clientela, a Central de Leitos encaminha para demais instituições que atendam esses pacientes no Estado.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo, o grupo de interesse foi composto por todos os profissionais da equipe de enfermagem lotados na Unidade de Desintoxicação, totalizando 19 participantes.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador a delimitação do tamanho de sua amostra. Logo, para esse procedimento não se estipula uma quantidade exata de participantes, mas se estima aproximadamente o contingente com o qual será possível atingir o objetivo proposto pela pesquisa (LIBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

De acordo com Guba e Lincoln (2011), tem-se uma amostra da pesquisa quando a abrangência for suficiente pela exposição de uma variedade de construções existentes ou pela tentativa de obter uma amostragem o máximo possível variável, vindo, em seguida, a questão da expressividade/articulação.

Assim, um dos critérios de interromper o círculo no qual são feitas as entrevistas é a redundância, quando um participante após o outro não acrescenta praticamente nenhuma informação nova, talvez seja o momento de parar. Outro critério é o do consenso, quando se alcança um consenso em uma construção conjunta, não há motivo para acrescentar novos participantes (GUBA, LINCOLN, 2011). O desenvolvimento deste estudo abrangeu a totalidade dos profissionais da equipe de enfermagem da unidade estudada.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através da observação do campo de estudo, entre os meses de junho e dezembro 2015, entrevista individual com os participantes, iniciada a partir do segundo mês de observação (agosto), que foi finalizada juntamente com as observações, e a reunião de negociação realizada em fevereiro de 2016. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital, sendo detalhadas mais adiante.

Inicialmente, conforme propõe o referencial teórico-metodológico desse estudo, as observações foram mais desinteressadas e sem caráter avaliativo, mas com a finalidade de reconhecimento e familiarização com o campo de pesquisa e as rotinas da Unidade, entretanto, depois de certo período, elas se tornaram mais direcionadas ao foco desse trabalho (GUBA; LINCOLN, 2011).

O período de observação ocorreu nos períodos da manhã (08h00min às 12h00min), tarde (13h00min às 17h00min) e noturno (19h00min às 22h00min). Foram computadas 410 horas de observação desenvolvida pela pesquisadora e registradas em ficha. Esse período possibilitou maior aproximação com os profissionais e a tomada de notas que contêm observações e reflexões da pesquisadora, importantes para a compreensão da dinâmica de funcionamento da unidade e do cuidado de enfermagem desenvolvido nesse serviço.

A observação é uma técnica de coleta de dados na qual se faz uso dos sentidos como meio de apreender determinados aspectos que se apresentam na realidade e que são importantes para a pesquisa. Tem papel importante na descoberta e na proximidade do pesquisador com seu objeto de estudo

(GERHARDT, SILVEIRA, 2009). Além disto, tem o importante e fundamental papel de intensificar a sinergia entre as entrevistas, documentos e demais registros importantes para o processo avaliativo e o que aparentemente seria uma observação casual poderá abrir espaços para futuros questionamentos do pesquisador (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para este estudo, foi feita observação não participante ou observação passiva, na qual o pesquisador permanece sem se integrar ao grupo, não se envolve nas situações rotineiras, somente toma conhecimento delas, desempenhando, assim, papel de espectador atento (GERHARDT, SILVEIRA, 2009). Nesse processo de observação, o pesquisador utiliza somente os dados de suas observações livres que sejam relevantes aos objetivos da pesquisa (GERHARDT, SILVEIRA, 2009; GUBA; LINCOLN, 2011). Para este estudo, a pesquisadora utilizou algumas de suas observações para formulação de questionamentos aos participantes durante as entrevistas, tais como *as reuniões multidisciplinares como momento de aprendizado e a resistência para mudanças*.

Concomitantemente à observação não participante, foram feitas notas no diário de campo do pesquisador, que é um importante instrumento de registro das observações de casos concretos, fenômenos sociais, verificações, experiências pessoais dentro do campo de pesquisa bem como comentários e reflexões oportunos sobre determinados acontecimentos (GUBA; LINCOLN, 2011). Essa observação é uma forma de detalhar ambientes e grupos estudados (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Assim, após a observação inicial de dois meses, o próximo passo foi a escolha de um participante para a realização da primeira entrevista cuja modalidade era semiestruturada. O primeiro participante foi aquele que, durante o período de observação, mostrou maior desenvoltura e facilidade para tratar de temas inerentes ao cuidado desenvolvido na Unidade e que se mostrou capaz de discutir sobre uma gama diversificada de construções sobre o tema de interesse desse estudo.

A escolha da entrevista para a obtenção dos dados é considerada parte componente da avaliação de quarta geração por permitir a elaboração das construções conjuntas (GUBA; LINCOLN, 2011). A primeira entrevista foi

realizada no mês de agosto de 2015 com agendamento de local e horário antecipados, de acordo com a preferência e a disponibilidade do participante.

A entrevista constitui-se em uma investigação, com uso de rigor científico, que tem por base a comunicação verbal, com o intuito de se obter do participante uma gama de informações significativas no que se refere ao objeto de estudo em pauta e ainda fazer parte do método proposto para este estudo, neste caso, a avaliação de quarta geração (MATHEUS; FUSTINONI, 2006; GUBA, LINCOLN, 2011).

Conforme Matheus e Fustinoni (2006), a entrevista permite obter informações das falas dos entrevistados num ambiente de interação. Nesse processo, o pesquisador pode observar dados significativos na vida do participante e sua relação com o fenômeno investigado, conhecer sua visão e seu modo de interpretar esse acontecimento de forma particular, com base na observação de sua narrativa. Além disso, ele poderá conhecer a relação do indivíduo com os outros, observar suas crenças, atitudes e valores.

5.5 ETAPAS DO TRABALHO EM CAMPO

Neste item, serão apresentadas as etapas do trabalho em campo para o desenvolvimento deste estudo. Para tanto, é composto dos subitens *contato com o campo*, *organização da condução da avaliação*, *identificação do grupo de interesse*, *desenvolvimento das construções conjuntas*, *ampliação das construções conjuntas*, *preparação da agenda de negociação* e, finalmente, *execução da negociação*.

5.5.1 Contato com o campo

Inicialmente, foi estabelecido contato com a direção de enfermagem da instituição e coordenação da unidade na qual o estudo foi desenvolvido. Naquela ocasião, foi feita uma breve exposição sobre o tema do estudo,

esclarecimento do objetivo, da metodologia e do procedimento de coleta de dados e das eventuais dúvidas sobre o estudo.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, houve o contato com os profissionais da Unidade durante reunião mensal de equipe, no mês de maio de 2015, para apresentação da pesquisadora e dos demais esclarecimentos sobre o estudo e início do período de observação, conforme previsto pelo referencial teórico-metodológico adotado (GUBA, LINCOLN, 2011).

5.5.2 Organização da condução da avaliação

Nessa fase, ocorreu a negociação com o campo para a realização do estudo, sendo importante para isso ter a confiança do serviço em que se quer desenvolver o estudo. Esse detalhe é de suma importância, pois conhecer e reconhecer o pesquisador como alguém que inspira confiança faz com que os participantes sejam mais cooperativos e acreditem na integridade do pesquisador (GUBA, LINCOLN, 2011).

Na fase de negociação com o campo, foi importante a participação prévia e esporádica da pesquisadora em algumas reuniões de equipe e mesmo em atividades de educação em saúde, que a pesquisadora desenvolve mensalmente com as crianças e os adolescentes há mais de três anos. Isso facilitou o contato com cada profissional da unidade e o acompanhamento de sua prática profissional de maneira mais natural, pois, de acordo com alguns profissionais, a pesquisadora era considerada um membro da equipe.

Contudo, o período de observação proporcionou maior familiarização com o processo de trabalho dos profissionais da unidade em que foi desenvolvido este estudo. Entretanto, durante esse período, conforme preconizado pelo referencial utilizado, a pesquisadora não se envolveu com atividades de avaliação, mas com uma observação despreocupada da Unidade (GUBA, LINCOLN, 2011).

5.5.3 Identificação dos grupos de interesse

O grupo de interesse, conforme Guba e Lincoln (2011), são os participantes da avaliação. A identificação desse grupo foi feita respeitando os preceitos éticos, assim, a inclusão de um participante ou mesmo exclusão não pode ser determinada pelo avaliador, mas deve ocorrer segundo um processo de negociação (GUBA, LINCOLN, 2011). O grupo de interesse para essa pesquisa foi composto pelos profissionais da equipe de enfermagem de uma Unidade destinada ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, denominada Unidade de Desintoxicação. A escolha de um único grupo de interesse ocorreu no intuito de desenvolver o estudo sobre o cuidado a essa clientela na ótica da equipe de enfermagem.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a inclusão dos participantes não se deu em decorrência de necessidade numérica, pois foram identificados, durante o período de observação no campo, aqueles que tinham condições de contribuir com maior variação e profundidade ao objeto de estudo (GUBA, LINCOLN, 2011).

Foram convidados a participar desta pesquisa os 19 profissionais da equipe de enfermagem que atuam na “Unidade de Desintoxicação”, sendo cinco enfermeiros, oito técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem (QUADRO 1).

Categoria Profissional	Total
Auxiliar de enfermagem	06
Técnico de enfermagem	08
Enfermeiro	05
TOTAL	19

QUADRO 1 – GRUPO DE INTERESSE, SEGUNDO NÍVEL DE FORMAÇÃO.
FONTE: A autora (2017).

Os critérios de inclusão foram pertencer à equipe de enfermagem e atuar na Unidade de Desintoxicação e como critérios de exclusão, estar em licença médica durante o período em que ocorreu a coleta de dados.

5.5.4 O desenvolvimento das construções conjuntas

Nesta etapa, ocorreu a primeira aplicação completa do círculo hermenêutico-dialético logo após a identificação do grupo de interesse para este estudo.

O primeiro participante poderia ser qualquer pessoa aparentemente, mas precisaria ser alguém que tivesse condições de dar maior variação e profundidade ao objeto de estudo, aquele que tivesse construções importantes para oferecer, que compusessem um conjunto amplo de RPQs. Assim, durante o período de observação, foi possível reconhecer o profissional cujo repertório variado seria importante para elencar questões que ensejassem uma avaliação do cuidado de enfermagem desenvolvido na unidade.

O profissional identificado foi convidado e se mostrou solícito ao convite e, prontamente, foi agendada a entrevista com local e horário de sua preferência, que foi o consultório médico da unidade. A ele foi solicitado que falasse abertamente sobre o cuidado de enfermagem desenvolvido a crianças e ao adolescente na Unidade e, complementarmente, que mencionasse as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento desse cuidado (APÊNDICE II). Conforme Guba e Lincoln (2011), nesse momento, o instrumento de coleta de dados ainda não está completo, pois a ele são acrescidas perguntas identificadas como importantes e relevantes direcionadas à elucidação do objeto de estudo após a primeira entrevista.

Conforme as entrevistas foram acontecendo, alguns elementos eram resgatados das notas de campo para serem incluídos nos questionamentos aos participantes, da mesma forma que as reivindicações, preocupações e questões desses participantes eram observadas na rotina da Unidade.

Após a realização da primeira entrevista, as falas do participante R₁ foram transcritas em um editor de texto e lidas repetidas vezes para que as Reivindicações, Preocupações e Questões - RPQs compusessem a primeira

construção do círculo hermenêutico-dialético, ou seja, C₁. Conforme prevê o referencial da Avaliação de Quarta Geração, sempre que possível, cada entrevista é transcrita e analisada antes de se proceder à próxima entrevista. Esse procedimento foi feito em todas as entrevistas, assim, após entrevistar um participante, a transcrição de suas falas acontecia na sequência, posteriormente era feita a análise do material com base na leitura e releitura exaustiva para que os temas centrais e conceitos fossem realçados e pudessem configurar o conjunto das construções do participante.

O referencial prevê a possibilidade de retornar ao participante da pesquisa com a entrevista transcrita para que ele possa ler seu conteúdo com o intuito de validar, refutar as informações ou mesmo acrescentar. Ao final de cada entrevista, foi informado ao participante da possibilidade de ele tomar conhecimento do conteúdo transcrito, sendo que, de todo o grupo de interesse, somente um deles solicitou a leitura, os demais disseram não haver necessidade.

Os temas centrais da entrevista foram adicionados ao instrumento de coleta de dados, o que o tornou um pouco mais específico e direcionado, para que pudesse ser apresentado ao participante seguinte, o qual teria a possibilidade de criticar essas construções. Assim, as entrevistas se tornavam cada vez mais estruturadas, de modo que a última entrevista continha um maior nível de estruturação que as demais, pois continha a análise de todos os entrevistados, conforme apresentado no Quadro 2.

Conforme prevê o referencial metodológico utilizado, ao final da entrevista, foi solicitado ao participante R₁ que indicasse alguém da equipe de enfermagem que, no seu entender, teria construções diferentes das suas, como forma de ampliar e aprimorar as construções. Houve certa dificuldade com relação à indicação do próximo respondente, pois boa parte dos participantes mencionou conhecer alguém cujo pensamento divergia do seu, mas que, por questões éticas e de conflito profissional, preferiam não indicar ninguém.

Certamente não se pode considerar que o não cumprimento desse passo produza algum viés, uma vez que o referencial metodológico permite se dirigir a um próximo participante que teria, aparentemente, construções

diferentes do primeiro entrevistado. Dessa forma, com base nos registros das observações, pôde ser selecionado o participante seguinte, que tivesse condições de ampliar as construções iniciais.

A esse respondente foi aplicada a pergunta de pesquisa e solicitado que discorresse abertamente sobre o tema. Em certo ponto da entrevista, a pesquisadora introduzia algumas construções, questões que foram elencadas na entrevista do participante anterior para que o respondente pudesse fazer suas considerações. Assim, ocorreu sucessivamente até que o último profissional fosse entrevistado.

Questões iniciais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale como o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes é desenvolvido nesta Unidade. 2. Fale sobre as facilidades para o desenvolvimento desse cuidado; 3. Fale sobre as dificuldades para o desenvolvimento desse cuidado; 4. Que fatores poderiam contribuir para melhorar o cuidado aqui na Unidade?
Aspectos abordados com base nas questões desdobradas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foi feita uma afirmação de que o tratamento na Unidade não precisa só de remédio. O que você tem a dizer sobre isso? 2. Foi comentado que a Unidade assume o papel da rede de atenção primária por tomar a iniciativa de fazer as reuniões de rede. O que você tem a dizer sobre isso? 3. Foi mencionado que a Unidade faz desintoxicação e tratamento. O que você tem a dizer sobre isso? 4. Foi afirmado que a Unidade somente faz a internação em casos de abuso de substâncias psicoativas. O que você tem a dizer sobre isso? 5. Foi comentado que, com a reforma da Unidade e diminuição do número de pacientes, houve melhora para o desenvolvimento das reuniões de rede. O que você tem a dizer sobre isso? 6. As consultas multidisciplinares foram mencionadas como um espaço de aprendizado para os membros da equipe. O que você tem a dizer sobre isso? 7. Foi feita uma afirmação de que há falta de compreensão da administração da instituição de que essa é uma Unidade diferente e precisa receber tratamento diferenciado. O que você tem a dizer sobre isso? 8. Foi feita uma afirmação de que o espaço da Unidade não é adequado. O que você tem a dizer sobre isso? 9. Foi comentado que a equipe tem muita resistência a mudanças. O que você tem a dizer sobre isso? 10. Foi mencionado que os enfermeiros não têm tempo de

	<p>fazer atividades em grupo com os pacientes. Você tem algo a dizer sobre isso?</p> <p>11. Foi mencionado que a falta de outros profissionais faz com que a enfermagem assuma outros papéis que não especificamente os seus. O que você tem a dizer sobre isso?</p> <p>12. A necessidade de capacitação da equipe foi mencionada. O que você tem a dizer sobre isso?</p> <p>13. Foi mencionado que a participação mais efetiva da rede de atenção aos adolescentes poderia contribuir para um resultado mais efetivo do cuidado. O que você tem a dizer sobre isso?</p> <p>14. A violência contra a equipe foi mencionada como advinda de pacientes durante o cuidado. O que você tem a dizer sobre isso?</p>
--	--

QUADRO 2- CONSTRUÇÕES DO GRUPO DE INTERESSE SEGUNDO O CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

Fonte: A autora (2017).

5.5.5 Ampliação das construções conjuntas

A metodologia da Avaliação de Quarta Geração propõe que em função da formação dos possíveis grupos de interesse embasados pelas construções conjuntas elencadas até o momento e da constituição do círculo hermenêutico, existe a possibilidade de captar informações adicionais de outras fontes, como documentos (GUBA, LINCOLN, 2011). Esses documentos podem oferecer ao pesquisador uma gama de questionamentos que podem ser inseridos durante a entrevista, inclusive as observações anotadas no diário de campo. Algumas RPQs podem ser dirimidas apenas com a consulta sistemática a documentos ou mesmo a registros disponíveis para consulta (GUBA, LINCOLN, 2011).

Ressalva-se, então, que a *observação* é outra fonte de informação adicional muito importante, pois pode abrir espaço para questionamentos convenientes, uma vez que algo que possa parecer casual pode gerar temas a serem discutidos pelo entrevistado de forma produtiva. Ainda como fonte de informação adicional, existem as *publicações profissionais* sobre a temática estudada que, certamente, são o alicerce de toda e qualquer pesquisa, seja ela avaliativa ou não, pois possibilitam que se conheça o estado da arte de algo que se estuda, fundamentando estudos futuros (GUBA, LINCOLN, 2011).

5.5.6 Preparação da agenda de negociação

Identificadas as RPQs não resolvidas e após coleta de informações adicionais relevantes para a avaliação, o avaliador prepara uma agenda de negociação. Assim, após o desenvolvimento de todas as entrevistas e nova análise, algumas RPQs não alcançaram consenso entre os respondentes e, por esse motivo, requeriam um espaço para discussão entre os participantes para que o grupo pudesse deveras encontrar consenso ou mesmo que, juntos, se reafirmasse não haver possibilidade de consenso sobre determinado tema.

Na metodologia da Avaliação de Quarta Geração, o avaliador é o responsável por conduzir essa atividade, pois é considerado o especialista no tema e por ser aquele que tem habilidade técnica para lidar com a análise de dados e sua interpretação (GUBA, LINCOLN, 2011).

Para a preparação da agenda de negociação, alguns passos necessitaram ser seguidos, como a definição de cada núcleo temático que o grupo de interesse trouxe para discussão. Após exaustiva leitura das transcrições, foi elaborado um quadro no qual os núcleos temáticos foram expostos. Na sequência, foram colocadas falas dos participantes que representavam cada núcleo temático para que todos pudessem ter acesso e acompanhar as informações. Foi preparado um material para exposição ao grupo no formato *Power Point* para ser trabalhado na reunião de Negociação.

Para favorecer a participação de todos os interessados, agendamos a reunião de negociação, a ser realizada na própria Unidade, na data na qual seriam realizadas as discussões da equipe ao final do ciclo de internação do mês de fevereiro de 2016. Assim, a coordenadora convocou os profissionais da unidade, sendo que todos compareceram à reunião.

5.5.7 Execução da negociação

Inicialmente, foi solicitado novamente o consentimento de todos os participantes para a gravação em áudio da negociação. Além de todos os participantes entrevistados para o estudo, estavam presentes na reunião duas enfermeiras que participam de um projeto que a pesquisadora desenvolve na

unidade, a fim de fazer anotações sobre a reunião e prestar apoio técnico para o desenvolvimento da negociação.

Assim, procedeu-se com a apresentação da análise das construções conjuntas de todos os participantes para que eles pudessem opinar, validar ou mesmo refutar, em conjunto, o que foi discutido anteriormente. Com relação às construções conjuntas a serem expostas, Guba e Lincoln (2011) pontuam que pode haver três resultados possíveis na mesma avaliação. Pode ocorrer uma *resolução plena*, quando uma RPQ se dá por resolvida. Isso ocorre quando o grupo de interesse alcança uma construção de comum acordo e todos se comprometem a aceitar a responsabilidade inerente à questão. Existe a possibilidade de uma *resolução incompleta ou parcial*, quando não existe possibilidade de obter todas as informações desejáveis para que uma RPQ seja resolvida, então, uma ou algumas delas podem permanecer sem solução nesse momento. Para ser ético, o pesquisador adia as medidas para aguardar um próximo estudo que possa complementar e auxiliar a discussão. Neste estudo, foi possível a *resolução plena* de todas as RPQs.

Foi explicado inicialmente que seriam apresentados ao grupo os temas para os quais houve consenso durante as entrevistas, sendo um total de nove, Quadro 3, temas acompanhados das falas que os representavam e que, mesmo havendo esses temas alcançado consenso ainda nesse momento, eles poderiam ser criticados, ampliados ou mesmo refutados pelos participantes.

Na sequência, a pesquisadora procedeu com uma apresentação em *slides* de *Power Point* dos temas para os quais se alcançou o consenso.

Cabe ressaltar que o referencial diz não haver necessidade de que as RPQs resolvidas sejam levadas para reunião de negociação, contudo, a pesquisadora decidiu apresentar todas aquelas que apresentaram consenso entre as entrevistas para uma possível complementação pelo grupo e para conferir maior transparência ao processo avaliativo.

Assim, após o período de observação do campo de estudo e análise das entrevistas feitas com os participantes, foram identificados os temas centrais do processo avaliativo, que serão apresentados, na sequência, como temas de consenso, temas para os quais não houve consenso e tema incluído na reunião de negociação.

O Quadro 3 apresenta os temas de consenso extraídos das observações do campo e da análise das entrevistas a partir do Círculo Hermenêutico-Dialético.

TEMAS DE CONSENSO
1. O cuidado diferenciado das demais unidades do hospital geral
2. O cuidado não é centrado no uso de medicação
3. O cuidar amplo e complexo
4. O cuidado mais intenso em ações que não as técnicas habituais da enfermagem.
5. A prontidão e a disponibilidade interna para o cuidado
6. Reuniões multidisciplinares como momentos de aprendizado
7. As contribuições das reuniões de rede para o cuidado
8. O não reconhecimento do trabalho na Unidade pelo gestor
9. A falta de profissionais de outras áreas.
10. Violência contra a equipe.

QUADRO 3- TEMAS DE CONSENSO EMERGIDOS NO TRANSCORRER DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

FONTE: A autora (2017).

No concernente à leitura dos temas, os participantes a acompanharam pelo seu material escrito e pela projeção em uma tela. A leitura foi feita de forma pausada para que todos pudessem acompanhar e, ao final de cada um deles, a pesquisadora convidou os participantes a fazer algum comentário. Contudo, somente assentiram de modo a validar e permitir que a pesquisadora seguisse para o próximo tema e, assim, seguiu-se até a leitura de todos os temas. A Nota de Observação – NO, a seguir, exemplifica esta atividade:

“A leitura de um dos temas é iniciada pela pesquisadora que lê de forma pausada, nesse momento é possível observar que alguns profissionais acompanham a leitura pelo resumo que têm em mãos e outros acompanham pela projeção. Todos prestam atenção e apenas meneiam a cabeça concordando com o que foi lido. O tema apresentado é o de que cuidar na unidade não é apenas dar medicamento. Ao final da leitura, a pesquisadora solicita que os profissionais façam algum comentário se desejarem, contudo somente acenam com a cabeça em concordância com o que foi lido” (NO - 102).

Na sequência, foram apresentados os cinco temas acompanhados de falas extraídas das entrevistas dos participantes, para os quais não houve

consenso, para o encontro de possível concordância ou reafirmação de sua discordância, conforme o Quadro 4.

TEMAS PARA OS QUAIS NÃO HOUVE CONSENSO
1. Desintoxicação e tratamento
2. O preconceito no cuidado
3. Necessidade de capacitação em serviço
4. Resistência para mudanças
5. Papel da equipe de enfermagem no cuidado em saúde mental

QUADRO 4- TEMAS DE NÃO CONSENSO EMERGIDOS NO TRANSCORRER DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

Fonte: A autora (2017).

Como a Avaliação de Quarta Geração possibilita ampla discussão entre os indivíduos do grupo de interesse, pode resultar em construções de resolução plena ou mesmo parcial e pode ocorrer a *resolução pendente*, quando são apresentadas construções diferentes e conflitantes. Nessa situação, não há quase nada a se fazer a não ser continuar trabalhando sobre o problema por meio de uma atividade de avaliação complementar e tentar um ajuste em direção a uma medida prática e conveniente (GUBA; LINCOLN, 2011).

Conforme o referencial utilizado, existe a possibilidade de novos problemas serem elencados durante a discussão, problemas esses que podem ser resolvidos durante a negociação ou mesmo aqueles que não dependem de uma ação imediata ou relacionada ao grupo de interesse, mas atrelados a decisões político-administrativas (GUBA; LINCOLN, 2011). Ao final das discussões, a pesquisadora informou aos participantes que poderiam apresentar algum outro problema que não tivesse sido abordado, mas que estivesse relacionado ao cuidado como um todo.

Assim, um dos participantes apresentou um tema que, a seu ver, prejudica o cuidado aos pacientes, que seria o uso de celulares durante o período de trabalho (Quadro 5).

TEMA INCLUÍDO PARA DISCUSSÃO NA REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO
1. O uso de celulares afasta a equipe do indivíduo a ser cuidado

QUADRO 5 - TEMA EMERGIDO NA REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO

Fonte: A autora (2017).

Com a solicitação da pesquisadora para que os participantes pudessem incluir algum tema que não tivesse sido contemplado entre os apresentados e discutidos anteriormente, um dos participantes mencionou o tema apresentando anteriormente no Quadro 5, conforme nota de observação a seguir:

“[...] Logo após a informação da pesquisadora de que poderia se apresentado algum outro problema relacionado ao cuidado, houve silêncio total, até que um dos profissionais mencionou que o uso dos celulares durante o horário de trabalho prejudica o cuidado e afasta os profissionais dos pacientes. Houve muito burburinho e conversas paralelas, alguns defendiam o uso do aparelho como ferramenta de trabalho, pois enviavam mensagens no grupo da unidade com informações sobre o andamento do plantão. Outros concordaram que o uso de celulares atrapalha, pois alguns trabalhavam mais que outros. Após intervenções da pesquisadora, o grupo definiu que deveriam então reduzir o uso dos aparelhos apenas para momentos de necessidade, como, por exemplo, contato emergencial com o psiquiatra, quando este profissional estiver a distância” (NO - 102).

Após a discussão do tema que surgiu durante a reunião para o qual se alcançou o consenso, de que o uso de aparelhos celulares durante o cuidado realmente afasta o profissional dos pacientes, foi finalizada a coleta de dados no campo. A gravação dessa reunião foi imediatamente transcrita para dar continuidade à análise dos dados que emergiram da pesquisa.

Como resultado da reunião, apesar de algumas discussões mais acaloradas sobre um ou outro tema, houve a possibilidade de consenso com a resolução plena de todos os temas, totalizando, desse modo, a discussão de cinco temas para os quais houve consenso. Em alguns dos estudos avaliativos que a pesquisadora consultou, desenvolvidos com o referencial teórico da Avaliação de Quarta Geração, foram constatadas resoluções plenas (PAIANO, 2013) e em outros, foram alcançadas resoluções parciais (WETZEL, 2005; MIELKE, 2013).

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi feita pela utilização do Método Comparativo Constante proposto por Guba e Lincoln (GUBA; LINCOLN, 1985). Essa técnica de análise de dados reflexiva considera que o discurso do grupo está relacionado a falas e vivências dos demais no contexto em que foram proferidas, mas também relacionadas ao contexto histórico em que cada participante está imerso (GUBA; LINCOLN, 1985; GUBA; LINCOLN, 2011).

Conforme os autores, a análise de dados em uma pesquisa construtivista não deve ser desenvolvida à parte, mas em conjunto com a coleta de dados. Assim, ao final de cada entrevista, foi feita a transcrição dos dados que, em seguida, foi lida exaustivamente até que, por um processo de imersão nos dados, puderam se compreendidos os sentidos das narrativas dos participantes. Por esse motivo, o método comparativo constante foi escolhido para a análise de dados do presente estudo (GUBA; LINCOLN, 1985; GUBA; LINCOLN, 2011).

O método comparativo constante é caracterizado pelas etapas de identificação de **unidades de informação** e **categorização**. As unidades de informação são a base para posterior definição das **categorias** do estudo e podem ser frases ou mesmo parágrafos. Essencialmente, as unidades de informação devem ter duas características fundamentais. A primeira característica é que ela deve ser heurística, ou seja, destinada à compreensão ou à ação a ser tomada pelo pesquisador. Sua segunda característica é que ela precisa ser a menor parte de uma informação que se destina à compreensão de um todo, sem necessidade de informações adicionais para a compreensão do contexto em estudo (GUBA; LINCOLN, 1985).

Dessa maneira, é preferível que o pesquisador tenha uma quantidade excessiva de unidade de informação para poder futuramente descartar aquelas que se tornarem irrelevantes ao estudo do que precisar resgatar alguma que foi descartada precocemente (GUBA; LINCOLN, 1985). As unidades de informação do presente estudo foram obtidas por meio das observações e entrevistas.

Inicialmente, procedeu-se com a análise hermenêutica com a separação das falas recorrentes em todas as transcrições relacionadas ao objetivo do estudo. Após, foram agrupadas as falas com unidades de informação semelhantes, com o mesmo teor. Assim, como critério houve o agrupamento de falas recorrentes e sua relevância para a compreensão do objeto, seja por semelhanças ou singularidades, que se mostraram de interesse para o estudo (GUBA; LINCOLN, 1985; GUBA; LINCOLN, 2011).

Posteriormente, ao agrupamento ocorreu a nomeação dos temas formados pela junção das unidades de informação nos moldes da análise temática. Após a identificação dos temas de interesse e de sua junção, ao agrupamento desses temas se atribuiu um título representativo que correspondesse às categorias provisórias desse estudo (GUBA; LINCOLN, 1985; GUBA, LINCOLN, 2011). As categorias provisórias foram levadas para a reunião de negociação para que pudessem ser apreciadas pelo grupo de interesse para possíveis modificações e validação das categorias definitivas.

As categorias de um estudo devem ser internamente homogêneas, ou seja, com conteúdo interno equivalente, o que confere uma identidade a esta categoria, e externamente heterogênea, o que faz com que ela seja consistente sem a sobreposição de categorias (GUBA; LINCOLN, 1985).

Após a definição das categorias definitivas, procedeu-se com o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, cotejando com a literatura para posteriores inferências em suas considerações finais.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de pesquisa que originou essa Tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS, sob Parecer nº 714.950, CAAE: 22558613.3.0000.0107 (ANEXO I).

Com relação aos aspectos éticos envolvidos no desenvolvimento desse estudo, todas as diretrizes éticas previstas pela Resolução n. 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde - CNS foram cumpridas. No que concerne aos aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, foram respeitados todos os direitos dos indivíduos e a instituição de saúde envolvida, assegurando-lhes o anonimato bem como a garantia de que o estudo não acarretará danos e/ou prejuízos de qualquer ordem (BRASIL, 2012).

Os participantes desse estudo foram submetidos a riscos mínimos pelo fato de terem expostas suas ideias e concepções a respeito do cuidado desenvolvido pela equipe, mas entende-se que serão beneficiados com os resultados da avaliação do cuidado que desenvolvem a crianças e adolescentes, os quais poderão subsidiar sua prática profissional com a produção do conhecimento gerado.

Por se tratar de um estudo avaliativo desenvolvido na mesma instituição na qual a pesquisadora desenvolve sua prática profissional na enfermagem, foram tomadas todas as medidas possíveis para que o desenvolvimento dessa atividade não causasse desconforto de qualquer natureza aos participantes.

Foi informado aos participantes que não seria emitido juízo de valor acerca de seus depoimentos e que cada entrevista seria sigilosa, de forma que todos os participantes teriam seu depoimento identificado apenas pela pesquisadora.

Todos os participantes foram esclarecidos, previamente, durante reunião com a pesquisadora, sobre o objetivo do estudo e se procedeu com a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO I), no qual constavam garantidos seus direitos. Foi esclarecido que o participante, a qualquer momento, sentindo-se constrangido, poderia interromper a entrevista, ou mesmo solicitar a retirada de seu depoimento, sem qualquer ônus.

As entrevistas foram feitas em uma sala reservada escolhida pela coordenação do serviço, aplicadas nos períodos da manhã, tarde e noite, de acordo com a conveniência e aceite de cada participante. A todos foram reforçados, individualmente, pela pesquisadora, o objetivo do estudo e a garantia de seu anonimato. Os depoimentos foram gravados em aparelho

digital e o conjunto das entrevistas compôs um banco de dados que ficará em posse da pesquisadora por um período de cinco anos e após será destruído.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram codificados com a letra “P”, tanto para os Enfermeiros e Técnicos, quanto para Auxiliares de Enfermagem, seguida de números arábicos por ordem numérica aleatória (P1, ...P19), não havendo relação alguma com a ordem em que as entrevistas foram feitas.

As notas de observação da pesquisadora, da mesma forma, foram utilizadas sem mencionar nomes de profissionais, pacientes ou mesmo alguma característica que pudesse vir a identificá-los, tendo sido codificados com a letra “O” seguida do número que se refere ao número da observação (O1....O40).

Na apresentação das falas dos participantes, procurou-se manter a transcrição na íntegra, apenas atentando para as normas de concordância da língua portuguesa, em alguns casos.

Para a citação livre dos nomes das Instituições, Universidade do Oeste do Paraná e Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, obteve-se permissão conforme autorização (ANEXO II).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item, estão descritos, sequencialmente, os dados de caracterização dos participantes e as três categorias organizadas segundo a análise das transcrições das entrevistas e das notas de observação: *O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente; Potencialidades do cuidado e Fragilidades no cuidado.*

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dados relacionados aos participantes mostram que um deles é do sexo masculino e 18 do feminino; o tempo de trabalho dos profissionais na Unidade variou entre dez meses e 11 anos, perfazendo uma média geral de três anos e quatro meses. Com relação ao nível de formação, todos os participantes têm graduação na área da Saúde ou área das Ciências Humanas³ e dois deles com Pós-Graduação *Stricto Sensu*, nível e mestrado, em Enfermagem.

Dos 19 participantes, oito já trabalharam em hospitais psiquiátricos e três, em instituições de saúde mental, 14 tiveram sua formação na área da saúde mental por meio de capacitação e atividades oferecidas pela instituição e cinco obtiveram formação por meio de disciplinas na graduação.

6.2 AS CATEGORIAS

O Quadro 6 apresenta as categorias e subcategorias que emergiram após a análise dos dados obtidos do Círculo Hermenêutico- Dialético.

ITEM	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
6.3	O CUIDADO À CRIANÇA E AO	6.3.1 A manifestação do cuidado através da comunicação entre enfermagem e paciente

³ A instituição tem plano de Cargos, Carreiras e Salários – CCS, que permite ao servidor de nível fundamental (Auxiliar de Enfermagem) e médio (Técnico de Enfermagem) pleitear promoção na carreira tendo cursado graduação na área das Ciências da Saúde, Ciências Humanas ou Educação.

	ADOLESCENTE	6.3.2 Ações no cuidado de Enfermagem
		6.3.3 O cuidado de enfermagem na admissão do paciente no contexto da equipe interdisciplinar
6.4	POTENCIALIDADES DO CUIDADO	6.4.1 O cuidado expresso pela pactuação com a rede de atenção psicossocial
		6.4.2 O cuidado interdisciplinar
6.5	FRAGILIDADES NO CUIDADO	6.5.1 Dificuldades para mudanças
		6.5.2 O não reconhecimento da importância da unidade pelo gestor
		6.5.3 Preconceito no cuidado a crianças e adolescentes

QUADRO 6- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Fonte: A autora (2017).

6.3 O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente, com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, no hospital geral, tem características diferenciadas do cuidado nas demais unidades da instituição, pois, em razão da sua faixa etária, requerem cuidados diferentes do adulto. Assim, as ações realizadas têm ênfase na educação para o autocuidado, primando pela expressividade através da relação profissional e paciente com base na comunicação, já que, em muitas vezes, há necessidade de ensinar, auxiliar, supervisionar desde o cuidado físico mais elementar até o relacional e emocional. Os participantes destacaram que não se trata somente de fazer por eles, mas de estar junto a eles.

As falas a seguir mostram o enfoque dado às necessidades de cuidado pessoal e de ensino para o autocuidado. Os participantes avaliaram o cuidado de enfermagem como amplo, complexo e abrangente, haja vista que, além de ensinar, necessitam estar junto para se certificarem do aprendizado e da realização por parte deles:

“[...] aqui nós nos sentamos com eles, ensinamos a comer, mastigar, comer devagar, comer salada, temperamos com eles a salada. [...] percebo que o cuidado de enfermagem aqui é algo muito mais amplo do que simplesmente fazer por eles, é estar com eles. [...]

Nossa rotina é de proximidade com os pacientes [...] nós acompanhamos quando escovam os dentes, quando tomam banho para saber como tomam [...] olhamos se ele lavou as orelhas, isso é um trabalho muito maior e complexo [...]” (P8).

“Aqui nós ensinamos até limpar os ouvidos [...] acompanhamos como lavam o cabelo [...] como eles não têm costume, a gente cobra até para que eles escovem os dentes. Eu acho que o nosso cuidado aqui é muito abrangente, ensinamos coisas básicas [...]. Muitos não sabem nem tomar banho.” (P4).

“Nos outros setores, você faz um cuidado mais direcionado para dor, curativo, banho, aqui, são outros cuidados, é muito difícil alguém estar com dor aqui, nosso cuidado é mais de ouvir.” (P5).

Considerado um ato singular e subjetivo com o intuito de promover o bem-estar dos envolvidos, o cuidado, inerente à prática profissional na área da saúde, é considerado algo imprescindível. Dotado de relação de interação e proximidade entre quem promove e quem recebe, esse ato produz aproximação entre indivíduos dentro de um determinado contexto social (MENDES; CASTRO; FERREIRA, 2003; FORMOZO *et al.*, 2012).

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde o surgimento da humanidade e se traduz em ato de zelo, de demonstração de preocupação com o bem-estar do outro (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009; ACIOLI *et al.*, 2014). Assim, se diz que o cuidado envolve um conjunto de ações que intentam tomar conta do outro para a manutenção de sua vida com responsabilidade, envolvimento afetivo, respeito e solidariedade (ACIOLI *et al.*, 2014).

A enfermagem, ao longo de sua história, sofreu influência de diferentes correntes de pensamento, que possibilitaram reflexão sobre conceitos que fundamentam seu fazer e promoveram mudanças em sua prática profissional. Algumas dessas influências estão no modelo positivista cartesiano e na racionalidade científica, que compreendem o corpo humano como uma máquina, desconsiderando seus sentimentos, emoções e subjetividades. Nessa concepção, o indivíduo deixa de ser valorizado em sua subjetividade e

integralidade (BARCELOS; ALVIM, 2003; PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007; ACIOLI *et al.*, 2014).

No decorrer de sua trajetória profissional, a enfermagem vem tentando se desvencilhar do modo impessoal de olhar para o indivíduo que recebe seu cuidado na tentativa de estabelecer uma relação mais humana com este mesmo indivíduo. Cada vez mais o indivíduo se apresenta carente de ser ouvido, respeitado, reconhecido e compreendido dentro de sua subjetividade. Para o desenvolvimento de sua prática junto a esta clientela, a enfermagem precisa refletir sobre as dimensões humanas de seu cuidado, que envolve sentimentos, esperanças, frustrações e expectativas que caracterizam o ser como único (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007; ACIOLI *et al.*, 2014).

Além da avaliação do cuidado com foco nas ações educativas para o autocuidado, percebe-se a menção em ações expressivas quando P5 reconhece que o cuidado que a clientela da Unidade demanda tem ênfase no subjetivo ao afirmar que é mais ouvir os pacientes.

O reconhecimento da necessidade do cuidado subjetivo faz com que se perceba a necessidade de conhecer também suas dimensões, a saber, as dimensões **instrumental** e **expressiva**. A **dimensão instrumental** do cuidado é caracterizada por ações físicas diretamente relacionadas ao cumprimento de papéis sociais, na qual o processo de cuidado ocorre com base, principalmente, em conhecimento científico e ações práticas como administração de medicação e higiene corporal. Já a **dimensão expressiva** do cuidado, considerada tão importante quanto a instrumental, principalmente se considerarmos o contexto em que é aplicada, tem natureza emocional e resulta da interação com o outro em que se permitem a expressão de vivências, sentimentos e a subjetividade do ser, através de uma relação dialógica (BARCELOS; ALVIM, 2003; PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007; ACIOLI *et al.*, 2014).

Apesar de aparentemente antagônicas, as dimensões instrumental e expressiva são essenciais para a prática da enfermagem, pois podem ser articuladas de modo que uma complemente a outra, configurando o cuidado humano em uma ação de reciprocidade na qual emerge a compreensão do ser

humano como biopsicossocial e espiritual (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007; ACIOLI *et al.*, 2104).

A dimensão expressiva do cuidado é caracterizada por elementos como a intuição e a subjetividade, importantes na avaliação de cada situação e na tomada de decisão dentro do processo de enfermagem. Estes elementos garantem a melhoria da qualidade do cuidado, que se torna cada vez mais integral, singular e subjetivo (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007).

O cuidado expressivo pressupõe diálogo horizontal entre cuidador e ser cuidado. Para sua realização, é imprescindível que o profissional de saúde tenha um arcabouço de conhecimento científico ancorado por habilidades como a comunicação verbal e não verbal, predisposição e prontidão para escuta e fala e, principalmente, para o compartilhamento de decisões. Assim, é imprescindível que o enfermeiro reconheça que seu cuidado não se realiza no indivíduo, mas com o indivíduo (BARCELOS; ALVIM, 2003).

Nesse sentido, a subcategoria a seguir traz a importância que o grupo de interesse atribui à comunicação como fundamental para o desenvolvimento de sua prática.

6.3.1 O cuidado através da comunicação entre enfermagem e paciente

Alguns participantes mencionaram enfaticamente os cuidados na Unidade relacionados à comunicação como conversar, ouvir o que eles têm a dizer, impor limites e regras, dar afeto e toque:

“[...] nós passamos, às vezes, a maior parte do plantão trancadas com um adolescente no quarto dele ouvindo, aproveitamos e damos conselhos [...] muitas vezes, é preciso impor regras” (P5).

“Outro dia um paciente estava bagunçando, revirando a ala, eu fui de uma vez e dei um abraço nele, ele levou o maior susto e se acalmou, ficou olhando e perguntando ‘que é isso, tia?’ Ele não sabe o que é carinho, ele agride porque a vida que ele levou até hoje era cheia disso.” (P9).

“Cuidar aqui é conversar, dar carinho, pôr no colo, abraçar, “puxar a orelha” de vez em quando, impor regras, isso também é cuidar aqui. É disso que eles precisam [...] eu gosto de conversar [...] então, eu passo horas conversando com eles.” (P10).

Importante atentar à ênfase na comunicação na afirmação que P3 fez de que, às vezes, ouvir é todo o cuidado que percebe que o paciente necessita em tais momentos:

“[...] aqui nós escutamos muito e eu acredito que escutar também é um cuidado, às vezes, é só isso que eles querem, que a gente escute [...] então, nós nos sentamos e escutamos [...]. Somente o fato de os escutar acaba ajudando no tratamento deles. (P3).

A comunicação é reconhecida pelos participantes como de extrema importância no cuidado a essa clientela, inclusive, porque, quando são admitidos muitas vezes, chegam com manifestações de sinais e sintomas relativos à depressão, com raiva, ansiedade. Por vezes, os pacientes relatam situações muito íntimas pelas quais passaram e essa realidade é considerada pelos participantes como tão singular, em relação à clientela de outras unidades de tratamento, que afeta também ao profissional que presta cuidado:

Somos um pouco de mãe, de psicólogas, um pouco de tudo. [...] escutamos, damos conselhos, [...] ouvimos coisas de arrepiar [...] coisas mais complexas que aconteceram na vida deles, que é mais complicado e que eles nos contam.” (P5).

“[...] basicamente conversamos [...], fazemos atividades artísticas, coisas que não são feitas em outras alas. [...] conversamos muito com eles, porque eles vêm deprimidos, com raiva, ansiosos, e isso mexe tanto com o nosso psicológico quanto com o deles. [...] eu acredito que o nosso cuidado aqui é quase todo baseado na conversa.” (P13).

A demonstração de preocupação de cuidar desse indivíduo como alguém que realmente precisa de cuidados na fala de P14 reafirma a dificuldade dos profissionais de enfermagem de entender e estabelecer cuidados para uma clientela que demanda pouco ou nada de cuidados físicos. Da mesma maneira, a dificuldade de entender que as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas podem desenvolver transtornos mentais e, sendo assim, necessitarão de tratamento e cuidados diferentes daquelas condições clínicas essencialmente físicas, a exemplo daqueles que estão sob seus cuidados na Unidade:

“[...] eu trato esses pacientes [...] como um filho ou um parente, um amigo, que está precisando de cuidados, como uma pessoa. Mostro que a droga é ruim para a vida dele [...] então eu cuido dele como se fosse um doente que precisa daqueles cuidados. Pelo menos é isso que eu penso.” (P14).

Assertivamente a relação de cuidado que se estabelece entre enfermagem e os indivíduos sob seus cuidados em muito se deve ao processo de comunicação entre ambos. Neste processo, o enfermeiro desempenha papel fundamental, uma vez que suas atividades desenvolvidas junto ao paciente não se restringem à execução de técnicas, mas, sim, a ações que denotam um cuidado mais abrangente que considera o ser em sua totalidade (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Embora os participantes não tenham mencionado a comunicação terapêutica no curso de suas ações de cuidado, sabe-se que, intimamente ligada à relação de cuidado, está a necessidade de o enfermeiro aplicá-la com vistas ao desempenho de suas atividades junto à pessoa que recebe seus cuidados. A comunicação terapêutica tem como objetivo proporcionar uma relação que oportunize um relacionamento efetivo que possibilite atingir os objetivos do cuidado de enfermagem de forma global. Esse processo permite mudanças, baseadas nas necessidades identificadas pelo enfermeiro, que coadunem com os anseios do indivíduo que cuida (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008; PAES; MAFTUM, 2013).

Assim, é importante que a equipe de enfermagem tenha condições de identificar as necessidades apresentadas pelo indivíduo, pois não raro, a forma de comunicação em saúde mental, na prática, pode ser expressa por gestos, olhares, toque. Porquanto é a proximidade da equipe com o indivíduo que faz com que seja possível compreender essa forma de se expressar, principalmente quando se desenvolve o cuidado a crianças e adolescente. Destarte, é possível que o enfermeiro tenha condições de planejar o cuidado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, uma vez que as reconhece no próprio indivíduo através do vínculo terapêutico (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008; PAES; MAFTUM, 2013; TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

O vínculo terapêutico que a enfermagem estabelece com o paciente figura um importante instrumento de cuidado, pois possibilita a reorganização psíquica do indivíduo, que permite ser compreendido em sua totalidade, mostrando suas necessidades, limitações e potencialidades. Assim, a pessoa ganha em crescimento pessoal e reconhecimento de si como agente fundamental e responsável pelo autocuidado, desenvolvendo, assim, a capacidade de enfrentamento de seu sofrimento (KANTORKI *et al.*, 2005; PAES; MAFTUM, 2013; TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

Com relação à escuta terapêutica, uma pesquisa desenvolvida em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, da qual participaram 15 profissionais da equipe de enfermagem, apresentou que o cuidado de enfermagem em saúde mental requer escuta qualificada, sensível e que precisa ser executada na prática cotidiana da enfermagem, uma vez que, pela expressão facial ou mesmo pela fala, um indivíduo pode sinalizar algo grave para a equipe como intensificação de algum sintoma ou mesmo a ideação suicida (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

A fala de P10 ao mencionar que o cuidado que desenvolve à criança e ao adolescente consiste em estar com o outro, nas formas referidas pelos participantes como conversar, dar carinho, colocar no colo, abraçar, se justapõe à literatura que versa sobre a necessidade de o cuidado em saúde mental extrapolar as ações técnicas, mas antes deve-se perceber e cuidar do ser humano em sua integralidade. Desta forma, dispor-se a estar junto com o outro no ambiente de cuidado expressa a humanidade daquele que cuida, além

de expressar seu interesse genuíno de intenção de formação de vínculo terapêutico.

Assim, o processo de trabalho em saúde, especificamente na enfermagem, deve ser considerado como algo que engloba o sentido do ser humano, dotado de ações físicas e relacionais, não centrado em procedimentos técnicos desenvolvidos de maneira impessoal e mecanicista, que fatalmente levam ao distanciamento da pessoa cuidada (FORMOZO *et al.*, 2012).

Assim, com uma relação de proximidade, os indivíduos celebram entre si o verdadeiro ato de cuidado que também envolve procedimentos técnicos, mas em conjunto com a expressividade que englobam atitudes de respeito e dignidade entre as pessoas (FORMOZO *et al.*, 2012).

No desempenho do cuidado, o profissional de saúde estabelece com o indivíduo uma relação na qual estão imbricados valores morais, éticos e sociais, que também são influenciados pelo meio, sendo lícito dizer que o processo de cuidar sofre influência direta da formação pessoal do cuidador e do ser cuidado, formação adquirida através de suas experiências de vida relacionadas a suas crenças e cultura (FORMOZO *et al.*, 2012).

Assim, é preciso envolvimento físico e mental do profissional que realiza o cuidado interpessoal, com a preocupação de respeito pelas subjetividades de quem é cuidado, de modo a observar suas particularidades e individualidades, sob pena de se desenvolver apenas a dimensão técnica do ato de cuidar. Quando apenas a dimensão técnica foi desenvolvida, sem a manifestação expressiva de emoção, então se diz que profissional realizou um procedimento, não um cuidado (FORMOZO *et al.*, 2012; ACIOLI *et al.*, 2014).

É importante compreender que a relação entre profissional e indivíduo cuidado é permeada por atitudes e comportamentos embasados em teorias com fundamentação científica, experiência profissional e pensamento crítico. Na realização do cuidado, o enfermeiro mobiliza esse conjunto de conhecimentos técnico-científicos, aliados à intuição, criatividade e a um conjunto de comportamentos e atitudes de cuidar, direcionando sua prática para cada situação em particular. Assim, este cuidado tem por intuito a recuperação do indivíduo como um todo, compreendendo seus aspectos

biopsicossociais singulares e físicos (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009; FORMOZO *et al.*, 2012).

A imposição de regras e limites para indivíduos em fase de desenvolvimento, como crianças e adolescentes, se faz necessária, dadas as peculiaridades e especificidades da fase em que se encontram, ações que foram reforçadas por P5 e P10.

A prática profissional da enfermagem direcionada à criança precisa ser reflexiva e sensível à fase peculiar em que este indivíduo se encontra, pois esse cuidado vai além do desenvolvimento de técnicas ou identificação de necessidades de forma racionalista e objetiva. Assim, é imprescindível que o cuidado à criança abarque suas subjetividades através da proximidade, do toque, do olhar e do uso dos sentidos do profissional, aliados a saberes científicos, experiência profissional e intuição (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007).

Reconhecer essa necessidade faz com que o enfermeiro e demais profissionais da enfermagem passem a refletir sobre sua prática profissional junto à criança. Isso extrapola a dimensão instrumental do cuidado com o estabelecimento de uma relação intersubjetiva, permeada por sentimentos, percepções e singularidades, momento em que a subjetividade da criança se encontra com a do profissional e ambas são manifestadas, caracterizando o autêntico cuidado expressivo. Isso acontece de forma natural quando, pelo diálogo, interação e predisposição interna do enfermeiro, sua intenção de ajudar fica clara para a criança (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONEL, 2007).

Quando uma criança ou adolescente vivencia um período de hospitalização, seu comportamento pode ser dos mais variados de acordo com sua faixa etária, com o ambiente e, por este motivo, sentimentos como medo, nervosismo, ansiedade e comportamento de recusa podem ocorrer de forma exacerbada. Há que se atentar para o fato de que o momento e a situação em que esta criança se encontra podem afetar o grau de compreensão do que lhe é dito em virtude do estresse a que seu organismo está sendo submetido nesse momento, da descoberta de uma situação e de um ambiente novo, que, à primeira vista, podem lhe parecer hostil (SILVA *et al.*, 2017).

Os participantes avaliaram que o cuidado desenvolvido por eles é considerado amplo e complexo. Houve consenso entre os participantes de que a comunicação com o paciente se transfigura na essência do cuidado de enfermagem para crianças e adolescentes nessa unidade.

6.3.2 Ações no cuidado de Enfermagem

Os participantes consideram que o cuidado que desenvolvem tem especificidades próprias da fase da vida, especial e específica, em que os pacientes se encontram, e da condição de uso de substância, por isso o caracterizam como mais difícil:

“Cuidar aqui já foi mais difícil, mas eu sempre gostei [...] o cuidado que fazemos aqui é diferente do adulto, eles são adolescentes, é uma fase especial, específica. Eles ainda têm a condição de abstinência, então não é um cuidado fácil.” (P2).

Assim, mencionaram os cuidados técnicos como a administração de medicamentos enfocando que, para essa clientela, essas ações são menos ocorrentes. Consideram que o cuidado que desenvolvem tem menos ênfase na técnica, haja vista que trabalham com adolescentes em tratamento por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, para os quais são mais requeridas ações educativas no âmbito das atitudes relacionais com os outros:

“Uma das atividades que fazemos é dar a medicação, que serve para diminuir um pouco a fissura e acalmar aqueles que estão agressivos. No início do funcionamento da unidade, cuidar era só medicar, mas de uns dois a três anos pra cá, se passou a pensar de modo diferente, aqui tem muitas coisas para fazer com os pacientes, além de medicar [...] mas a pessoa tem que querer fazer.” (P6).

“[...] remédio é o que eles menos precisam, [...] o remédio não é o mais importante.” (P5).

“Os remédios [...] são importantes para o tratamento, mas também fazemos orientações sobre as drogas [...] explicamos que precisam estudar, respeitar as outras pessoas, dar bom-dia para as pessoas, convidar os outros para jogar, dividir o videogame sem conflitos entre eles. A medicação é o de menos.” (P4).

Elencaram algumas atividades recreativas, grupos terapêuticos, e P5, reconhecendo a especificidade da clientela, fez um importante apontamento de que o ambiente de tratamento para eles tem que se constituir em espaço que permita o desenvolvimento da adolescência:

Eu percebo que a primeira coisa de que os nossos adolescentes precisam é de carinho, uma receptividade boa, primeiro vem a parte de humanização do cuidado e, entre outras coisas, precisam de mais espaço, mais recreação, materiais para arte, mais atividades, coisas diferentes para que possam gastar energia, um espaço em que possam desenvolver a adolescência. A gente recebe até criança aqui dentro [...] então a primeira coisa que a gente faz é dar carinho e receptividade, o remédio não é o mais importante.” (P5).

Enfocaram a necessidade de constante e contínuo acompanhamento com ações que os ajudem a se conscientizar dos prejuízos do uso da droga e de como vencer a condição de dependência da substância. Citaram as reuniões de educação sobre os temas que envolvem o consumo e a abstinência da droga:

“[...] eles não precisam só de remédio, precisam de acolhimento, que lhe mostre uma vida diferente [...] a base do nosso cuidado é essa, aqui nós tentamos convencê-los do que a droga traz de ruim para a vida deles [...] o remédio faz parte, mas não é o todo. Eles precisam de um acompanhamento para conseguir vencer a dependência química.” (P11).

Um participante falou sobre as múltiplas abordagens, incluindo a necessidade da integração da família durante o tratamento na Unidade para que ela auxilie na continuidade do tratamento após a alta:

“Precisam do remédio, mas também de acompanhamento terapêutico que eles fazem com o psicólogo, com os psiquiatras. Não é só o remédio que vai ajudar, tanto que, no final do ciclo, a gente acaba diminuindo bastante. [...] é a atenção e cuidado da família lá fora, as reuniões de rede, isso ajuda bastante porque acaba aproximando o pai e a mãe nas visitas, que é que vai acompanhar o tratamento desse paciente lá fora [...] mas não se pode dizer que é só o remédio realmente, tudo está interligado.” (P13).

O grupo de interesse avaliou que o cuidado desenvolvido na Unidade requer, em menor proporção, a utilização de medicamento para o tratamento, mas, essencialmente, necessita ser um cuidado permeado pela receptividade, com disposição interna para o desenvolvimento do cuidado que vá além do cuidado técnico. Assim, entende-se que o cuidado expressivo é mais proeminente para esta clientela.

A construção e a implementação do cuidado expressivo são um desafio para o enfermeiro em sua prática profissional, isso porque a dimensão expressiva se dá através do toque, do olhar e da escuta, com valorização da história de vida do indivíduo bem como de suas crenças e de sua cultura (MENDES; CASTRO; FERREIRA, 2003; ACIOLI *et al.*, 2014).

Sustentado pelas ideias dos autores anteriormente mencionados e pela observação das construções dos participantes, percebe-se, então, que, para o desenvolvimento de um cuidado expressivo, é requerida uma atenção a detalhes manifestados pelo paciente como postura, olhares, atitudes. Requer, ainda, perspicácia, presença, escuta e acurada observação do enfermeiro, principalmente quando se trata do cuidado desenvolvido à criança, isso porque o cuidado direcionado a ela é imbricado de peculiaridades que precisam ser reconhecidas para poder planejar um processo de cuidado mais humano e adequado às suas necessidades.

Um aspecto importante que denota compreensão dos participantes deste estudo como equipe que cuida de uma clientela diferenciada das demais unidades da instituição é o reconhecimento de que neste ambiente o cuidado precisa ser receptivo, baseado na comunicação e, principalmente, no

reconhecimento de que, para a efetividade e continuidade do tratamento, é necessário o apoio da família após a alta hospitalar.

Note que P1 externa que as necessidades de cuidados das crianças e adolescentes também provocaram no profissional mudanças, haja vista que mostra surpresa pelo fato de conseguir reuni-los e estimular a expressão de conteúdo da vida para o qual ressalva que não tem mais vergonha em tratar de tais assuntos. Ressalva que esse cuidado não técnico é mais difícil de ser executado:

“Cuidar aqui não é só dar remédio, o mínimo que a gente faz é dar remédio. O cuidado é orientar, fazer terapia em grupo, que era uma coisa que para nós na graduação a gente só imaginava. Eu nunca imaginei que um dia eu iria reunir todos numa roda e fazê-los verbalizar sobre a vida deles sem nenhum receio, sem nenhuma vergonha. Isso eu acho muito mais difícil do que medicar ou fazer qualquer outro procedimento que envolve o cuidado.”
(P1).

A fala de P1 nos reporta à literatura que apresenta que a realização do cuidado se dá através do processo de cuidar, que envolve o profissional e o indivíduo que recebe o cuidado. Este processo, como ação humana, traz benefícios para ambos, pois o indivíduo que recebe o cuidado tem a experiência de melhora de sua saúde, alívio da dor, conforto e autoestima. No cuidado, esse processo promove a satisfação, realização profissional, aumento da autoestima e sensação de dever cumprido pela tentativa ou resolutividade de dada situação. Assim, para a realização do cuidado, o profissional faz uso de sentidos como tato, audição e postura corporal, direcionados para a ação de cuidar (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009; FORMOZO *et al.*, 2012).

O enfermeiro é o instrumento fundamental no desenvolvimento do cuidado, pois sua observação diária é dotada de conhecimento científico, intuição, experiência pregressa, e pela proximidade com o paciente, ele é capaz de identificar fenômenos em sua aparência física ou em sua subjetividade, que se constituirão em guias para o planejamento das ações de enfermagem, inclusive encaminhamento para atendimento em demais segmentos de saúde (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Um participante mencionou que no início tinha dificuldade de trabalhar na Unidade, pois havia muita proibição e que cuidar era administrar medicamentos e fazer contenção, mas que com a chegada de profissionais com uma visão diferente, hoje se cuida do adolescente como um todo. Esse participante fez uma colocação de extrema relevância para reflexão dos profissionais sobre o modo de cuidar em saúde mental, quando diz que, anteriormente, era prestado um cuidado à pessoa como se ela fosse um marginal:

“Já tive dificuldade para cuidar aqui, porque antes era tudo proibido, não pode, não deve. Era tudo “não”, nada podia, mas depois o cuidado passou a não ser só medicar e amarrar, porque antes era medicar, amarrar, colocar no leito e deixar lá, era punição. Agora não! Temos uma forma diferente de agir, procuramos entender como era a vida desse menino lá fora. Hoje, aqui, o cuidado é mais humano. Quando cheguei, cuidávamos de marginais, bandidos, pessoas que não mereciam estar aqui, agora cuidamos de meninos que não tiveram oportunidade, adolescentes com problemas com drogas.” (P9).

A fala de P9 traz uma diversidade de apontamentos que remontam a situações de aplicação de medidas terapêuticas de formas abusivas, caracterizando-se mais em maus tratos, preconceitos e conceitos que outrora foram intensamente vivenciados pelo portador de transtorno mental no modelo hospitalocêntrico, quando menciona que o cuidado na Unidade de tratamento já foi caracterizado pelo uso da medicação e contenção mecânica como forma de punição.

Contudo, há que se lembrar que nos primórdios da história da humanidade e de tratamento na área da psiquiatria preponderaram ações mais iatrogênicas do que curadoras e reabilitadoras à pessoa com transtorno mental, que perduraram hegemonicamente até o século passado no mundo e no Brasil, mais especificamente, até final dos anos de 1970, quando se iniciou o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento prevê, entre outras mudanças na assistência em saúde mental, já mencionadas no item de revisão de literatura deste trabalho, a desinstitucionalização desses indivíduos (AMARANTE, 2010).

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e integração do indivíduo com transtorno mental na comunidade. Locais como os hospitais gerais, providos de uma gama de especialidades diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde, surgem como um dos pilares para assistência a portadores de transtorno mental nesse contexto (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; PAES; MAFTUM, 2013).

Há que se considerar que, historicamente, em todas as culturas o indivíduo com transtorno mental e de comportamento tem sido considerado diferente, indesejado e perigoso para o convívio com outros, tendo, por consequência, sua exclusão social em razão do seu comportamento manifestado, advindo dos sinais e dos sintomas do transtorno (MONTEIRO, SOUZA, 2004; BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Assim, a forma de tratamento destinada a esse indivíduo sempre foi carregada de estigma, mesmo em ambientes nos quais os profissionais de saúde deveriam reconhecer a condição deste que precisa de seus cuidados. Muito embora R9 mencione a mudança, há que se atentar para o fato de que tais visões não se mantenham, ainda mais quando se trata de indivíduos em tenra idade cronológica e em desenvolvimento psicológico. Como auxílio na transformação de conceitos de sua equipe, o Enfermeiro tem a educação permanente como recurso que permite a discussão e a aquisição de conhecimentos (SOUZA *et al.*, 2010; JEUSUS *et al.*, 2011; MICCAS; BATISTA, 2014).

A criação de locais destinados ao aprisionamento daqueles considerados diferentes e indesejáveis ao convívio em sociedade reforçou a assistência psiquiátrica cada vez mais ligada ao tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internações prolongadas e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do convívio familiar e social e, principalmente, com a utilização de medicamentos em altas doses para o controle desses indivíduos (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

O foco do tratamento era direcionado para a doença, não para o indivíduo que, gradativamente, perdia sua autonomia e, como consequência disso, se tornava um ser passivo quanto ao seu tratamento (ANDRADE;

PEDRÃO, 2005). Assim, sem relações sociais de qualquer natureza, como comunicação, afetividade e acolhimento, os portadores de transtorno mental eram cada vez menos estimulados para sua autonomia e, por esse motivo, tinham suas potencialidades reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social (JORGE; SILVA; OLIVEIRA, 2000).

Com o intuito de corrigir a considerada anormalidade apresentada por portadores de transtorno mental, as instituições hospitalares utilizavam recursos como a internação prolongada, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos. É nesse contexto que surge a enfermagem brasileira, não com o intuito de assistir o indivíduo que sofria em decorrência de transtorno mental, mas com a finalidade de vigiar, coagir, disciplinar e punir (SILVA; CALDAS, 2008; PAES *et al.*, 2009; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

O referido por R9 com relação à utilização de contenção mecânica como forma de punição no início de atendimento na Unidade se deve ao estigma histórico e socialmente arraigado na sociedade de que portadores de transtorno mental de qualquer ordem, especialmente usuários de substâncias psicoativas, são desprovidos de valores e falta de vontade para mudança em seu comportamento. Assim, a exclusão, a contenção mecânica e o uso indiscriminado de medicação, que faziam parte da rotina manicomial, chegam até os serviços de atendimento mesmo ante o movimento da Reforma Psiquiátrica, que enfoca mudança no modo de tratar e na relação dos profissionais e da comunidade com esta clientela.

A realização de contenção física, em particular, tem ficado a cargo da equipe de enfermagem, herança da prática em hospícios do século XIX e XX. Nesses ambientes, a prática da contenção era corriqueira e de responsabilidade da enfermagem bem como as atividades de coerção (PAES; *et al.*, 2009; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

Atualmente, a realização desse procedimento não é concebida como específica da Enfermagem, haja vista que é preconizado que todo o trabalho em saúde mental seja desenvolvido por equipe multidisciplinar, devendo constar em um projeto terapêutico, o qual consiste no registro prévio de todas

as ações terapêuticas a serem utilizadas no tratamento do indivíduo em recuperação (PAES *et al.*, 2009).

Os participantes reconhecem que o cuidado de enfermagem oferecido a essas crianças e adolescentes no início do atendimento da Unidade era centrado na utilização de medicamentos e contenção mecânica como forma de punição. Contudo, hoje os profissionais da enfermagem que desempenham sua prática profissional nesse ambiente assumem uma postura diferenciada de agir, procurando compreender o meio no qual o indivíduo vivia antes de chegar à Unidade, postura essa de se preocupar com o ser em sua totalidade, considerando o cuidado, nesse ambiente, mais amplo e complexo do que aquele prestado nas demais unidades clínicas que compõem a instituição.

Importante também é considerar a mudança na forma de pensar e, por consequência, de agir, quando P9 afirma que no início cuidavam de “marginais”, e hoje prestam cuidados a pacientes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.

Assim, o grupo de interesse avaliou que o cuidado de enfermagem prestado na Unidade está alicerçado na comunicação entre a equipe e os indivíduos que recebem seu cuidado, cuidado este com especificidades, amplo e complexo, principalmente por lidarem com uma clientela peculiar, em fase de criança ou adolescência, acrescida da condição de fazerem consumo de risco, sendo que esta última por si só caracteriza uma condição de vulnerabilidade.

6.3.3 O cuidado de enfermagem na admissão do paciente no contexto da equipe interdisciplinar

No centro da descrição do cuidado desenvolvido às crianças e adolescentes, os participantes incluíram considerações relacionadas à sua procedência e ao procedimento de admissão à internação na Unidade, porquanto há a participação da enfermagem nesta atividade que integra o cuidado geral ofertado na Unidade. Entre os procedimentos admissionais, há uma consulta multiprofissional inicial na qual se procura identificar o padrão de consumo do paciente. Assim, se ele faz uso ou abuso de substância e recebe acompanhamento pela UBS ou mesmo pelo CAPS AD e se o uso de

substâncias foi descontinuado, então consideram não haver necessidade de internação. Nestas situações, somente são feitas orientações:

“Os pacientes vêm via central de leitos, e quando chegam aqui é feita uma pré-consulta, na qual se procura uma característica que indique uso eventual ou uso abusivo de drogas. Há situações em que não interna o paciente, ele é encaminhado de volta ao serviço quando ele não tiver característica de abusador. Eles passam então a fazer o acompanhamento na Unidade Básica ou no CAPS. O paciente só fica quando for caracterizado abuso, independentemente da idade.” (P1).

“O que define se o paciente precisa ficar é o padrão de consumo, o tempo de uso e a forma como ele vem usando, isso porque alguns pacientes que chegam aqui já estão abstinentes há dois meses ou até mais, e a família acha que precisa internar, mas a gente não interna. Outra questão é se o paciente está sendo acompanhado pelo CAPS, nós trabalhamos muito com redução de danos, se ele estiver fazendo o acompanhamento e em tratamento, não tem necessidade de ele ficar internado [...] se o paciente estiver em uso abusivo de múltiplas drogas, em situação de rua, quando não se tem um controle sobre esse uso, quando se caracteriza abuso, ele é internado.” (P11).

Com relação ao atendimento a crianças e adolescentes com suspeita de abuso de substâncias psicoativas, é necessário identificar se realmente o uso que esse indivíduo faz é caracterizado como abusivo e causa danos para si ou para pessoas de seu convívio. É salutar reconhecer que esse indivíduo chega ao serviço de internação para tratamento pelo uso de substâncias psicoativas, quando as estratégias da rede de atenção pré-hospitalar falharam e quando for identificado que ele faz uso abusivo e não esporádico ou mesmo recreativo (BRASIL, 2013).

O abuso ou uso nocivo continuado pode levar à dependência química, considerada uma síndrome, caracterizada pelo consumo sem controle, que geralmente está associado a graves problemas para o usuário. Existem alguns fatores que caracterizam essa síndrome, como o desejo e a busca contínua pelo uso da substância, a necessidade de doses crescentes para obter o

mesmo efeito e dificuldade para controlar o uso tanto em termos de início quanto de dose (BRASIL, 2013).

Outros sintomas apresentados pelo indivíduo relacionados à abstinência são o estado fisiológico desagradável que induz ao uso da droga com objetivo de aliviar os sintomas, aliado à crescente negligência por interesses e prazeres alternativos com abandono de atividades do cotidiano, visando à obtenção de novas doses ou recuperação após o uso, e a persistência do uso mesmo que o indivíduo tenha consciência dos efeitos danosos do uso dessa substância (BRASIL, 2013).

O uso de substâncias psicoativas é considerado um fenômeno multidimensional, que pode acontecer na infância e adolescência, quando também podem surgir outros transtornos psicológicos, comportamentais e sociais (MARQUES; CRUZ, 2000).

Algumas psicopatologias com altos índices de incidência em crianças e adolescentes como a depressão maior, o transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade e o comportamento disruptivo apresentam sinais e sintomas que se assemelham aos observados com o uso de substâncias psicoativas, o que pode dificultar a avaliação e o diagnóstico na anamnese inicial desses indivíduos. Assim, uma avaliação inicial cuidadosa dessas crianças e adolescentes pode auxiliar no diagnóstico e melhorar o prognóstico (MARQUES; CRUZ, 2000).

Para indivíduos na fase de criança e adolescência, as alterações de comportamento, pensamento e mesmo de seu funcionamento orgânico decorrentes do uso de substâncias psicoativas podem ser confundidas com comportamento considerados frequentemente associado à fase em que se encontram, isso porque esses indivíduos não têm uma crítica sobre os malefícios que seu comportamento de abusador dessas substâncias pode trazer para sua saúde. Dessa forma, podem negar que as mudanças de seu comportamento decorram do abuso de substâncias psicoativas (MARQUES; CRUZ, 2000).

É preciso então que o enfermeiro reconheça que diferentes ambientes influenciam no comportamento e na saúde infantil, produzindo influências diretas, sejam elas negativas ou positivas. Assim, o ambiente pode afetar o

comportamento de uma criança, de múltiplas formas, com processos físicos, químicos e biológicos, psicossociais, culturais, entre outros, que, em consonância, produzem reflexos diretos e complexos na vida da criança (CAMPOS JÚNIOR, 2016; COELHO *et al.*, 2016; PERHOLTH; BRANCO, 2017).

Outro fato importante, em se tratando de criança, é que ela tem uma relação muito estreita com seu mundo lúdico e mágico, que é fragilizada durante o período de internação. Essa fragilização se dá em decorrência do estresse vivenciado no momento durante a internação, que pode comprometer sua saúde como um todo bem como dificultar sua capacidade de lidar com a hospitalização. Esse fato requer a compreensão do profissional com o intuito de diminuir a ansiedade infantil e fortalecer sua capacidade de lidar com dada situação (SILVA *et al.*, 2017).

Munido desse conhecimento entrelaçado com as subjetividades e peculiaridades específicas da fase de criança e adolescentes, o enfermeiro pode então desenvolver o cuidado voltado para as necessidades de cada indivíduo. As reuniões de pactuação que serão discutidas no subitem 6.4.1, promovidas pela equipe Unidade local deste estudo, envolvendo diferentes atores do macro, ambiente da criança ou do adolescente e seu microambiente com o envolvimento de familiares proporcionam um cuidado com atendimento aos aspectos de especificidades dessa clientela pontuados anteriormente.

Assim, quando ocorre a necessidade de hospitalização de uma criança e adolescente, um dos primeiros contatos que os enfermeiros mantêm com esse indivíduo no ambiente hospitalar pode ocorrer pela consulta de enfermagem, portanto, a consulta inicial com anamnese se constitui em um momento de suma importância, pois, dependendo da forma como se aborda o problema pelos familiares, amigos ou mesmo pelo profissional, a resistência pode aumentar e a chance de intervir diminuir. Aqui podem ser compreendidas algumas das peculiaridades da criança e adolescente, uma vez que o primeiro contato precisa ser livre de preconceitos ou comportamentos estigmatizantes com uma entrevista receptiva, ativa, objetiva e clara, buscando a cooperação desse indivíduo e reforçando o sigilo das informações (MARQUES; CRUZ, 2000; CANABRAVA *et al.*, 2011).

A anamnese precisa ser uma conversa na qual esses indivíduos possam se sentir à vontade para tratar livremente do problema que o trouxe até o serviço de saúde ou mesmo responder de forma sincera às perguntas que lhes forem feitas. Quando a criança ou o adolescente entrevistado perceber que existe confidencialidade e a importância do papel que assumirá no processo de mudança que ali se inicia, ele passará a aceitar e, quiçá, a colaborar com esse processo (MARQUES; CRUZ, 2000; CANABRAVA *et al.*, 2011).

A anamnese inicial tem o intuito de estabelecer um vínculo com o indivíduo, investigar sobre a saúde física e mental, abordando seu comportamento e o relacionamento social e familiar, vida escolar, lazer e, finalmente, o uso de substâncias psicoativas e os problemas a elas associados, estabelecendo uma história sobre esse uso, com o intuito de saber o quanto isso interfere na vida do indivíduo (MARQUES; CRUZ, 2000). Durante o transcorrer das observações feitas pela pesquisadora no âmbito da unidade estudada e participação nas consultas admissionais, pôde-se perceber que a consulta inicial contempla os itens anteriormente mencionados como sendo constitutivos da anamnese.

É importante avaliar que, em se tratando de crianças e adolescentes, por sua vulnerabilidade inerente a essa fase da vida, as consequências desse uso sejam potencializadas. Após a avaliação global da criança ou do adolescente, por meio da investigação das diversas áreas de sua vida, é feito o exame físico e solicitados exames laboratoriais, quando necessário, isso porque quando são encaminhados para a consulta inicial, trazem consigo exames já feitos (MARQUES; CRUZ, 2000). Na Unidade em que o estudo foi desenvolvido, alguns dos pacientes chegam com exames prontos, mas como alguns desses pacientes aguardaram semanas até serem encaminhados para a Unidade, novos exames são solicitados após a internação.

Ainda concernente à avaliação na admissão da criança ou adolescente com vistas ao internamento na Unidade de Desintoxicação, concluídas as investigações que fazem parte da avaliação inicial, é feito um exame físico minucioso com a participação do enfermeiro e uma técnica de enfermagem, para poder observar e descrever as condições em que esse indivíduo chegou à

unidade. Na sequência, alguns exames laboratoriais são solicitados, exames estes que complementam alguns que já vêm do serviço de referência.

A avaliação inicial do paciente precisa ser executada em conjunto, assim tanto a criança quanto o adolescente devem acompanhar junto com os profissionais cada passo da avaliação na consulta inicial. Essa conduta é importante, pois esse momento, no qual o indivíduo fala sobre seu comportamento e ouve os demais profissionais avaliarem o seu estado, já é considerado integrante do tratamento, uma vez que o leva a uma reflexão inicial sobre sua situação (BRASIL, 2011).

Durante a consulta, as perguntas sobre o estado geral são diretamente questionadas à criança ou adolescente, com a precaução de se utilizar linguagem clara e direta. Quando o indivíduo não tem condições de responder, então o responsável ou profissional que o acompanha responde aos questionamentos, como se pode conferir na nota de observação da pesquisadora descrita a seguir:

“Hoje na unidade continua com o processo de internações no período da manhã, duas famílias aguardam para serem atendidas, uma das crianças está chorosa deitada no colo da mãe, visivelmente contrariada [...]. À primeira criança é solicitada que entre no consultório, acompanhada da mãe e uma conselheira tutelar. A condição física da criança é precária, sugerindo condição de rua [...]. A enfermeira apresenta toda a equipe que está na sala e explica para a criança que todos estão reunidos com o intuito de ajudá-la. [...] XX é uma criança do sexo masculino, tem oito anos de idade e, segundo a mãe, há mais de seis meses vem lidando com esta situação e, que a cada dia se torna mais crítica. Segundo ela, há mais de duas semanas a criança não aparece em casa e, em várias situações, ela tentou segui-lo, em uma favela na periferia da cidade em que moram, tendo-a visto a distância uma ou duas vezes sem que conseguisse se aproximar. Após ordem judicial, a polícia e o SAMU adentraram a favela e fizeram o resgate da criança. [...] algumas perguntas são dirigidas a X que não apresenta condições mínimas de resposta, está visivelmente ansiosa, chorosa e revoltada, em alguns momentos ofende a mãe, ao mesmo momento que deita em seu colo e pede para não ficar internado. Como a criança não apresenta condições de dar resposta, a mãe e a

conselheira tutelar respondem aos questionamentos feitos pela equipe (NO- 80).

Após a definição da gravidade do uso de drogas e suas consequências, desenvolve-se um plano de intervenção multiprofissional subsequente, com metas e critérios de sucesso esperados com o tratamento. Ao acompanhar de perto esse histórico sobre sua vida e receber os resultados dessa investigação, tanto a criança quanto o adolescente são convidados, em dado momento do tratamento, a reconhecer a situação em que se encontram e fazer uma crítica sobre o papel das substâncias psicoativas em sua vida. (BRASIL, 2011).

Na Unidade em que esse estudo foi desenvolvido na consulta inicial, no primeiro contato que a criança e o adolescente tinham com o serviço, a equipe multidisciplinar que acompanhava se apresentava e conversava diretamente com esse indivíduo, permitindo que ele respondesse às perguntas feitas pela equipe. Contudo, inicialmente lhe era solicitado que falasse abertamente se ele reconhecia o motivo pelo qual estava naquele serviço, conforme nota de observação:

“No consultório, encontram-se o enfermeiro da unidade, a assistente social, a pedagoga e o psiquiatra aguardando para o início da primeira consulta da manhã. Hoje iniciam as avaliações para um novo ciclo de internamentos na unidade. Na sala de espera, estão pais ou responsáveis, alguns profissionais de saúde dos serviços de origem e três adolescentes do sexo masculino. A equipe me convidou para participar da entrevista [...]. O primeiro adolescente entrou no consultório acompanhado da mãe e de uma conselheira tutelar da cidade de onde ele provinha. A enfermeira iniciou a consulta apresentando a equipe e perguntando a ele se sabia o motivo de estar ali. O adolescente perguntou se ele ficaria internado ao que a conselheira prontamente respondeu que ele “não ficaria internado e esta era somente uma consulta”. Nesse momento, o psiquiatra e a enfermeira fizeram uma intervenção, dizendo que ele poderia, sim, permanecer na unidade, mas que antes eles precisavam fazer algumas perguntas a que o adolescente precisaria responder com honestidade, antes da decisão de ficar ou não internado. [...]. Foi solicitado ao adolescente de 13 anos que contasse um pouco sobre como foi sua semana [...], após suas curtas respostas, complementadas pela mãe e pela conselheira tutelar, foi identificado que o adolescente fazia

abuso de substâncias psicoativas desde os oito anos de idade. [...]. O psiquiatra fez um convite para que esse adolescente permanecesse na unidade por algumas semanas para tratamento. Houve choro e negativa inicial, mas, posteriormente, ele aceitou e foi encaminhado para o interior da unidade. Enquanto a mãe foi apresentada à unidade por uma das técnicas de enfermagem, a enfermeira fazia o exame físico em uma sala reservada com a presença de uma técnica de enfermagem e o profissional de segurança da Unidade.” (NO - 15).

Conforme o exposto anteriormente nas falas de P1 e P11, em consonância com a nota de observação da pesquisadora, as crianças e os adolescentes que chegam a esse serviço, antes de serem internadas, passam por uma avaliação feita pela equipe multiprofissional da unidade na qual se investiga o padrão de consumo que eles fazem para então ser considerado uso ou abuso:

“Na consulta inicial, todos os profissionais seguem um roteiro pré-elaborado de perguntas, que consiste em definir o padrão de consumo e as condições gerais da criança ou adolescente. É possível perceber que em todas as consultas são feitas as mesmas perguntas, ou seu desdobramento, quando necessário. As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, na última semana, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Este instrumento, segundo a coordenadora, foi elaborado pelos profissionais da unidade tendo por base partes do instrumento de estratificação de risco ASSIST⁴.” (NO – 10).

Conforme se pode observar na NO-10 anteriormente descrita, a equipe utiliza partes do instrumento de estratificação de risco ASSIST.

Voltando à questão da consulta inicial, ela é feita na Unidade com o intuito de caracterizar se o consumo de substâncias psicoativas que a criança

⁴ O ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) teve seu desenvolvimento coordenado pela Organização Mundial da Saúde, sendo um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, desenvolvido por pesquisadores de vários países e traduzido para várias línguas, inclusive o português, validado na versão brasileira por Henrique *et al.* (2004).

ou adolescente faz é considerado abusivo ou não. Quando se identifica uso esporádico ou mesmo de abuso, mas ele já está em acompanhamento no CAPS AD de referência, então não se procede com a internação. Nesse caso, somente são dadas orientações de continuidade ao acompanhamento para os responsáveis e a criança ou adolescente são encaminhados de volta ao município de origem.

Essa forma de atendimento vai ao encontro do que apregoa a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, quando, em seu artigo 4, preconiza que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

É oportuno ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tem como objetivos a promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes e jovens com a prevenção ao consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas assim como a redução de danos provocados pelo seu consumo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

A RAPS se preocupa em promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Dessa forma, o grupo de interesse avaliou que as internações feitas na unidade para tratamento de crianças e adolescentes, que fazem abuso de substâncias psicoativas, são ancoradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e estão em consonância com os objetivos da RAPS quando procedem com avaliação minuciosa, multiprofissional e individualizada de todas as crianças e adolescentes que chegam até o serviço com indicação para internação.

Após descrição dos temas tratados na primeira categoria deste estudo, a seguir serão apresentadas as potencialidades do cuidado de enfermagem, de acordo com o grupo de interesse.

6.4 POTENCIALIDADES DO CUIDADO

Neste item, serão apresentadas as potencialidades que a equipe de enfermagem reconhece no cuidado que desenvolve à criança e ao adolescente em tratamento, no hospital geral, por transtornos relacionados ao uso de substâncias. Estão elas representadas nas subcategorias *Pactuação com a Rede de Atenção Psicossocial* e *O cuidado interdisciplinar*.

6.4.1 Pactuação com a Rede de Atenção Psicossocial

Os participantes do estudo discorreram sobre a importância da rede de atenção em saúde mental e enfocaram as “reuniões de rede”, uma das ações desenvolvidas pela Unidade em conjunto com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde. Ressalta-se que P12 se refere a tais “reuniões” como matriciamento em saúde mental. Segundo ele, esta seria uma iniciativa da Atenção Primária em conjunto com o CAPS, contudo a Unidade assumiu a tarefa por entender a importância dessa ação para a continuidade do tratamento das crianças e adolescentes na unidade:

“Eu gosto muito de organizar e participar do matriciamento, que a gente procura fazer com os nossos pacientes, mas é assumir a responsabilidade de outro porque o matriciamento tem que ser feito lá na assistência básica com CAPS e a Unidade Básica de Saúde e, como isso não é feito de forma geral, a gente assume, porque entendemos que é importante, não dá para sair do jeito que eles estavam saindo, sem acordos lá fora.” (P12).

Para os participantes, as “reuniões de rede” se tornaram uma estratégia essencial de pactuação de compromissos e responsabilidades no tratamento e acompanhamento da criança ou adolescente. Além disso, contribuem para que

os demais integrantes entendam a condição de uso e abuso de substâncias pelo indivíduo e o tratamento ofertado na Unidade:

“As reuniões de rede são para firmar alguns combinados para que quando a criança ou o adolescente saia daqui, ele tenha algumas coisas amarradas lá fora, porque sem as reuniões de rede eles ficam meio perdidos. Assim, eles saem com compromisso com escola, compromisso com psicólogo e isso faz com que os municípios entendam também nosso trabalho. Entender que os 30 dias que passaram aqui não resolveu. Alguns acreditam que o tempo que passou aqui dentro é o suficiente, que é a cura, então, é bem importante para deixar as coisas claras.” (P5).

“As reuniões de rede servem para mostrar para os municípios que essas crianças e adolescentes existem, porque para a maioria dos municípios eles são invisíveis, essas reuniões obrigam os municípios a olhar e fazer algo por eles, porque os municípios são responsabilizados nessas reuniões. Eles precisam assumir a responsabilidade e há muitas coisas sobre a estrutura familiar desse adolescente ou criança que o município só tem ciência nessas reuniões e depois que sabe que ficou documentado esse fato, não se pode ignorar, algo precisa ser feito. Se a criança ou adolescente foi abusado, se é laranja de traficante para fazer algo para tentar ajudar.” (P4).

“A rede contribui para o tratamento. Alguns municípios não colaboram, não se envolvem no tratamento e, através dessas reuniões de rede, a médica, a enfermeira e o assistente social passam para o município toda a situação da criança ou adolescente, mas nem sempre eles conhecem, mas aqui dentro a gente fica sabendo, pela proximidade com eles [...] às vezes o município não trabalha com a família, e aqui a gente acaba sabendo um pouco mais sobre os pacientes nas reuniões de família.” (P13).

Para os participantes, as reuniões dão visibilidade ao trabalho que os profissionais desenvolvem na Unidade e acreditam que investir tempo juntamente aos demais profissionais e gestores de uma rede de atenção bem entrelaçada contribui para evitar ou diminuir a recaída da criança ou adolescente e, conseqüentemente, a reinternação. Observou-se nas falas dos

participantes que eles depositam confiança na importância das ações compartilhadas pela rede para a manutenção e recuperação dos pacientes, a ponto de expressarem sentir-se aliviados com esta pactuação, tendo a certeza de estarem se esforçando ao máximo na qualidade do cuidado que ofertam. Acreditam que tais resultados sejam possíveis, uma vez que os municípios que participam dessas reuniões firmam compromissos relacionados ao tratamento e acompanhamento do paciente e que essa estratégia de contato com profissionais da atenção primária possibilita compartilhar informações:

“As reuniões de rede são o que tornam nosso trabalho diferente. [...] se há a possibilidade de evitar a recaída deles pelos próximos seis meses, um ano ou dois [...] então é investir tempo para o paciente não recair. Acredito que se a rede estiver bem entrelaçada, ela terá um efeito muito melhor. A rede é essencial, não adianta somente trabalhar aqui ou a escola trabalhar sozinha lá, precisa haver um envolvimento de todos.” (P2).

“Depois que começaram as reuniões de rede, os pacientes retornam bem menos para a Unidade. Quando um paciente saía daqui e voltava a traficar ou voltava a usar, ou mesmo morria, eu me sentia muito culpada e me perguntava o que eu tinha feito de errado, mas depois eu percebi que a culpa não era nossa, mas que existe algo maior lá fora que é a rede de atenção a esse paciente, que não funcionava de forma adequada, que não o acolhia depois que saía daqui, eu comecei a pensar diferente. Agora o município é responsabilizado e quando faz ‘vista grossa’ o Ministério Público é acionado. Agora quando acontece alguma coisa com paciente, nós sentimos sim, mas sabemos que fizemos o que era possível por ele e que são poucas as redes que fazem algo realmente pelo paciente, na verdade, poucas as que funcionam.” (P6).

“Hoje nós temos um trabalho com a rede de atenção ao adolescente, nós convidamos o Conselho Tutelar, o Serviço Social, a Escola, o Posto de Saúde, o Ministério Público, todos os “pontos” que formam a rede de atenção daquele paciente naquela cidade para uma reunião para definir o que é melhor para ele. Esse paciente também participa, e ao final da reunião, fazemos um relatório que é encaminhado para a promotoria da cidade para acompanhar e ter alguém responsável por ele. Esse trabalho tem dado muito certo, porque antes a gente

tratava a criança ou o adolescente e o mandava embora, mas a cidade não o acolhia [...] e ele recaía na primeira semana. [...] Esse serviço de rede tem dado muito certo. É um comprometimento não só nosso, mas daquela cidade, para com paciente.” (P11).

O referido por P12 como matriciamento se constitui, na realidade, em reuniões de pactuação de responsabilidades entre a Unidade e os municípios que receberão a criança ou o adolescente. Embora não se trate integralmente da política de matriciamento tal como preveem as políticas públicas, esta iniciativa é importante, pois na avaliação empírica dos profissionais, após o início das reuniões de pactuação, fica definido e contratualizado o papel de cada serviço da atenção básica do município para com a criança ou adolescente, estratégia que tem contribuído na redução de recaída e, consequentemente, de internação.

Contudo, seria importante que o município organizasse o matriciamento com base nos documentos do Ministério da Saúde que refere que o matriciamento ou apoio matricial é um modo diferenciado de produzir saúde no qual ocorre a interconexão entre duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, por meio dele se criam uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica (DIMENSTEIN *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, o matriciamento tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios ao longo dos últimos anos. Esse tipo de apoio se constitui em um cuidado colaborativo entre os profissionais da saúde mental e da atenção primária, visando ao acolhimento integral do indivíduo (DIMENSTEIN; *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

Usualmente, nos serviços da saúde, há uma organização hierárquica ordenada de forma vertical com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe. Assim, após encaminhado determinado caso, há também uma transferência de responsabilidade. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos, muitas vezes, ocorre com precariedade, usualmente por meio de informes escritos ou mesmo pedidos de parecer e

formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade (BRASIL, 2011).

O matriciamento traz consigo a proposta de integração que visa a transformar a lógica tradicional vertical de protocolos e trâmites burocráticos, de pouca eficiência, em uma dinâmica com ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Assim, o processo de matriciamento é estruturado entre equipe de referência e equipe de apoio matricial. Dessa forma, equipe de apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (BRASIL, 2011).

É importante entender que o apoio matricial é algo diferenciado do atendimento prestado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele se caracteriza por um suporte técnico especializado, que é oferecido por uma equipe multidisciplinar em saúde com o objetivo de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações direcionadas a determinada clientela (BONFIM, 2013; BRASIL, 2011).

O matriciamento constitui-se em uma ferramenta de transformação do processo de saúde e doença e de toda a realidade dessas equipes e comunidades, com o intuito de potencializar interatividade resolutiva entre a atenção básica e os demais serviços (DIMENSTEIN *et al.*, 2009; BRASIL, 2011). Dessa forma, não é uma ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pois pertence a todo o campo da saúde, tornando-o um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento (BRASIL, 2011).

Destarte, esse novo modo de produzir saúde está intimamente coadunado ao pensamento construtivista que trabalha com a premissa de constante reconstrução de pessoas e processos na interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si (DIMENSTEIN *et al.*, 2009; BRASIL, 2011). Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar no qual cada

profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (BRASIL, 2011).

O matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos, que são o trabalho em equipe e a noção de referência, o compromisso de desmedicalizar, a promoção de conhecimento e o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade (BRAGA, 2008). A complexidade do cuidado em saúde mental exige essa articulação entre as múltiplas formas assistenciais às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida (BENEVIDES, 2010).

Assim, percebe-se que as tentativas de consolidação de uma rede assistencial pelas políticas ou pelas iniciativas dos indivíduos participantes desse processo têm por intuito o cuidado integral na sua dimensão plena, com resultados mais amplos, duradouros e, sobretudo, articulados com as demandas e as necessidades de saúde do usuário (PINTO, 2012; MACHADO; *et al.*, 2007).

Outros participantes acrescentaram que caberia à atenção primária a iniciativa de organização das reuniões de rede, contudo, a Unidade é quem tem tomado essa iniciativa. Inclusive P12 menciona que a necessidade de informações a respeito do paciente, da sua rede de apoio social e dos serviços que tem disponíveis em seu município, foi motivo para propor o início das reuniões com a rede de atenção. Cita que, anteriormente à existência dessas reuniões, fez visita domiciliar a alguns pacientes e que esta estratégia auxiliou no planejamento do cuidado e estes pacientes:

“A gente entende que como atenção terciária o paciente veio para cá quando todas as outras abordagens não deram certo. Então, o que a atenção primária acabou não fazendo que faz com que a gente tome essa iniciativa? A própria reunião de rede é uma iniciativa primária e quando a gente faz essas reuniões, percebemos como há município que não está estruturado com relação ao atendimento à saúde mental. São situações com as quais os municípios não sabem lidar, o principal motivo acredito que seja falta de recursos materiais e profissionais, principalmente. A prioridade vai ser emergência. E como a saúde mental de forma cultural não é entendida como

uma emergência, eles acabam priorizando outras situações.” (P1).

“No cuidado aos nossos pacientes, comecei a sentir falta de mais informações, por exemplo, como é a estrutura da casa, formação da família, com o que o adolescente conta, onde mora, se tem posto de saúde ou não, se a escola é perto ou longe e, a partir disso, eu comecei a me interessar e algumas vezes eu fui até fazer visita domiciliar na casa de alguns pacientes daqui do município, e percebi que isso ajuda. Eu transmitia isso para a equipe e , então começamos a perceber que essas informações eram interessantes no nosso cuidado.” (P12).

O apoio matricial se constitui em uma metodologia de trabalho diferenciada do sistema de referência e contrarreferência, não hierarquizado e com o objetivo de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico para as equipes de referência de cada indivíduo. Isso possibilita o desenvolvimento de estratégias de atendimento individualizado e adequado para cada caso. Esta metodologia requer compromisso e responsabilidade de todos os atores envolvidos como adjuvantes do cuidado, sejam eles profissionais da equipe de referência, da equipe matricial, ou mesmo usuários, família e comunidade (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Na lógica do apoio matricial, quando um usuário faz uso desse serviço, ele não deixa de ser acompanhado pela equipe de referência, assim a responsabilidade de acompanhamento do caso é responsabilidade dessa equipe. Mas a responsabilidade não recai somente sobre a equipe de referência, isso porque os projetos terapêuticos são desenvolvidos em conjunto com profissionais especializados da equipe matricial e da equipe de referência que acompanha o usuário. Essa metodologia matricial permite que a equipe trabalhe com informações e planejamentos de ações compartilhadas (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Isso ocorre porque no atendimento matricial as ações de cuidado são responsabilidade de todos os atores. Quando ocorre a responsabilidade compartilhada de cada caso, existe a possibilidade de se tratar cada indivíduo com singularidade, o que possibilita o acolhimento mais efetivo da equipe de referência com a utilização de recursos sociais disponíveis para o apoio ao

tratamento, fazendo com que sejam evitadas a psiquiatrização e a medicalização do sofrimento, garantindo igualdade e acesso ao cuidado (FIGUEIREDO; BONFIM, 2013; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010), principalmente em se tratando de indivíduos vulneráveis e, neste estudo, os cuidados são desenvolvidos a aqueles com dupla condição de vulnerabilidade na faixa etária de crianças e adolescentes e na condição de transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Contudo, para que o apoio matricial se efetive na prática, é preciso uma rede da atenção em saúde mental comprometida com a transformação do modelo assistencial, que se constitua em um meio terapêutico com o intuito de fornecer atendimento contínuo às necessidades de cada indivíduo, família e, principalmente, da comunidade para que ela tenha uma compreensão mais positiva acerca dos transtornos mentais, com atitudes menos excludentes e estigmatizantes (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Após as considerações sobre as ações desenvolvidas nas “reuniões de rede”, que, em muito, se aproximam do matriciamento, estratégia preconizada nas políticas públicas de saúde brasileira, na sequência, tratar-se-á de mais uma ação dos profissionais identificada neste estudo como potencialidade do cuidado - as consultas multidisciplinares. O grupo de interesse avaliou esta ação como potencialidade no desenvolvimento do cuidado a crianças e adolescentes em tratamento por transtornos relacionados a substâncias.

6.4.2 O cuidado interdisciplinar

Foi consenso entre os participantes que as atividades de cuidado planejadas e realizadas em conjunto com demais profissionais, citada por P11 como consulta multidisciplinar, incluem as potencialidades do cuidado que desenvolvem na Unidade e são avanço e ganho para o paciente e equipe, pois as decisões são tomadas em equipe, não mais restrita a um único profissional. Mencionaram que esse é um espaço de aprendizado para os profissionais envolvidos do qual todos podem participar e ser ouvidos. Ressaltam ganho para o paciente quando refere que as ações interdisciplinares contribuíram para a diminuição de sedação, anteriormente prática comum na Unidade:

“O tratamento tem sido feito em equipe e a gente tem uma troca muito grande [...] é um lugar em que todos podem dar seu parecer, pode-se discutir sobre a evolução do paciente, sobre como ele está, como passou os últimos dias, as condutas a serem tomadas. Isso a equipe tem aprendido muito, inclusive, a prática antiga que se tinha aqui com relação à medicação, que via a sedação completa como tratamento. Essa prática da interdisciplinaridade tem funcionado bem.” (P8).

“A consulta multidisciplinar foi um avanço, porque hoje atendemos em equipe, hoje não é o médico que decide, ou o enfermeiro, ou o coordenador. Desde a primeira consulta, quando o paciente chega até o último atendimento, tudo é decidido em equipe. [...]. Participam dessa consulta o médico, o assistente social, o enfermeiro, o psicólogo, o pedagogo e alguém da equipe de técnicos, daí se tiram muitas informações. Isso tem sido um ganho muito grande para o paciente e para a equipe desenvolver o trabalho com esse paciente durante o ciclo de internação. [...] Acho que esse momento é de aprendizado” (P11).

Existe consenso entre os participantes deste estudo de que as ações multidisciplinares se constituem em uma importante ferramenta para o cuidado, uma vez que existe o olhar multidisciplinar voltado para cada caso em particular. Mencionaram que as ações de cuidado são planejadas em equipe, pois o tratamento na unidade é feito em equipe, não centrado nas de um único profissional.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é imprescindível no cuidado em saúde mental, pois a pessoa que adoece precisa ser cuidada na sua integralidade em razão da complexidade do adoecer mental. Este adoecimento afeta diversas áreas da vida do indivíduo, como saúde, convívio familiar e social, trabalho, habitação, por esse motivo é necessária a conjunção de competências disciplinares, com seus saberes e práticas, que abranjam a singularidade e a complexidade do cuidado em saúde mental (SCHNEIDER *et al.*, 2009; MAFTUM *et al.*, 2017).

Neste item, foram descritas algumas potencialidades do cuidado que desenvolvem à criança e ao adolescente em tratamento por transtornos relacionados ao uso de substâncias. Contudo, algumas fragilidades foram evidenciadas e serão apresentadas e discutidas no próximo item.

6.5 FRAGILIDADES NO CUIDADO

A equipe mencionou dificuldades para o cuidado referentes à insuficiência na quantidade de recursos humanos e ao espaço físico restrito da unidade para a quantidade de pacientes que atende:

“Nossa dificuldade é com relação à estrutura física, a unidade é pequena para a demanda que atende, faltam recursos humanos, porque, às vezes, tem dois técnicos [...] e tem ciclo com 17 adolescentes. [...] a falta de recursos humanos e de espaço físico acaba sendo uma dificuldade para desenvolver o cuidado.” (P1).

“O espaço poderia tornar o cuidado mais eficaz, porque poderia ter mais atividades, às vezes, tem oito pacientes, mas, às vezes, tem dez, daí fica mais difícil para trabalhar. Nem todos eles querem fazer atividades e não têm o que fazer. A gente sempre procura uma atividade aqui outra ali, mas eles gostam de espaço, de jogar bola, mesmo assim a gente acaba saindo um pouco com eles pra tirar eles daqui um pouco, mas seria importante que houvesse esse espaço na unidade.” (P13).

“Com a estrutura da unidade, temos muitas dificuldades para desenvolver o cuidado para esses pacientes, melhorou, mas não tanto quanto deveria [...] temos coisas em mente para desenvolver, mas sem espaço, não há possibilidade.” (P6).

A dificuldade mais repetida pelos participantes foi relacionada à estrutura, ao espaço físico restrito e inadequado para proporcionar atividades aos adolescentes e crianças durante o ciclo de 40 dias que permanecem em tratamento em período integral na Unidade. Alguns dos pacientes podem receber encaminhamento para comunidades terapêuticas durante o ciclo de internação e, por este motivo, não permanecem os 40 dias na Unidade.

Considerando que essa clientela está em fase de desenvolvimento, agravado pelo problema de envolvimento com substâncias, necessita que sua energia seja utilizada direcionada com atividades potencializadoras de um desenvolvimento físico e emocional saudável.

O relato dos participantes quanto ao espaço físico corrobora as notas do diário de campo da pesquisadora, conforme se lê a seguir:

“A unidade conta com espaço reduzido que corresponde à metade de uma das alas de internação da instituição, tem cinco quartos para abrigar 17 leitos no total. Como área de recreação as crianças e adolescentes, contam com um corredor de no máximo cinco metros de comprimento e um metro e meio de largura, uma sala de TV com um sofá de dois lugares e outro de três. E quando existe alguma atividade no lugar a equipe providencia colchonetes de maca para que a maioria possa se sentar. Como espaço de lazer, a unidade conta com um solário com aproximadamente cinco metros de comprimento e dois metros e meio de largura com muro de mais de quatro metros de altura e grades e telas na parte superior.” (NO - 02).

De acordo com a literatura, uma das desvantagens das unidades psiquiátricas dentro do hospital geral é que a estrutura física não conta com área de lazer e atividades socioterápicas, necessárias ao tratamento dos pacientes, embora algumas instituições tenham trabalhos direcionados para esses indivíduos (ESTEVÃO; SILVA FILHO, 1999; HILDEBRANDT *et al.*, 2001).

Um estudo feito com profissionais da equipe de enfermagem sobre implantação de unidades psiquiátricas no espaço do hospital geral apresentou preocupação com relação à organização do espaço físico para atender essa clientela. Concluíram que a preocupação se fundamentava no conhecimento dos profissionais de que estes pacientes precisam de um atendimento diferenciado, pois permanecem pouco tempo no leito (MION; SCHNEIDER, 2003).

De acordo a literatura, o ambiente físico adequado para portadores de transtorno mental, entre eles usuários de substâncias psicoativas, deve favorecer a orientação no tempo e no espaço com relógios, calendários,

espelhos, quadros, ter um refeitório, já que os pacientes não se alimentam no leito, uma área de lazer para que possam participar de atividades físicas, sala de estar com rádio e televisão (BOTEGA, 1995; MION; SCHNEIDER, 2003).

Por esse motivo a questão do espaço físico é considerada uma desvantagem na instalação de unidades psiquiátrica dentro do hospital geral, pois dificulta a implantação destes leitos, uma vez que a reorganização para adequação do espaço implica grandes investimentos financeiros (MION; SCHNEIDER, 2003).

A implantação de leitos destinados ao atendimento em saúde mental no espaço do hospital geral requer que o serviço ofereça equipe multiprofissional qualificada, espaço terapêutico com área externa ao hospital destinada ao lazer, educação física e demais atividades socioterápicas. Além do espaço, há a necessidade de que esse serviço ofereça atividades como atendimento individual e em grupo com abordagem familiar e garantia de encaminhamentos necessários para que, após a alta, ocorra a continuidade do tratamento em serviços de referência da rede de atendimento extra-hospitalar (BRASIL, 2011; PAES *et al.*, 2013).

O espaço físico requerido para a implantação de leitos para o atendimento em saúde mental tornou-se uma das maiores dificuldades na atual estruturação dos hospitais gerais no Brasil. Outra barreira encontrada para efetivação do hospital geral como componente da rede de atenção à saúde mental é a falta de qualificação profissional que se reflete diretamente na falta de conhecimento, compreensão e, por vezes, na recusa para atuar de acordo com o modelo vigente de atenção à saúde mental. A recomendação essencial deste modelo é que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas e cuidadas, em qualquer serviço de saúde, de forma integral e humanizada (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; LUCCHESI; MALIK, 2009; PAES *et al.*, 2013; CAVALCANTE *et al.*, 2014).

A integração multiprofissional é requisito primordial para a efetivação dos cuidados em saúde mental e requer o abandono de práticas isoladas, individuais e concorrentes para que haja articulação entre diferentes saberes. Tendo como referência tal prática, é possível identificar potencialidades e fragilidades da assistência ao paciente (PAES *et al.*, 2013). Assim, no hospital

geral, a integração da equipe multiprofissional deve ser contínua com a possibilidade de que possa orientar, instrumentalizar e, inclusive, capacitar os profissionais de outras unidades que pertencem ao hospital geral para o cuidado integral do paciente com transtorno mental (LARROBLA; BOTEGA, 2006; PAES *et al.*, 2013).

Um aspecto destacado como fragilidade para o desenvolvimento do cuidado se refere à falta de proteção da equipe com histórico de violência já sofrida anteriormente e ao receio de vir a ocorrer, em razão de a Unidade só ter profissionais da segurança até as 21 horas. Desta maneira, por vezes o planejamento de violência pelos pacientes acontece justamente nessa lacuna, por saberem da não existência de profissionais da segurança:

“Aqui a gente se sente muito desprotegida para trabalhar, não tem segurança a noite toda, somos todas mulheres, se formos olhar para o nosso histórico de violência contra a equipe, temos uma colega que quase morreu enforcada aqui. Outra colega saiu porque foi agredida também, daí ficam procurando o que foi que a gente fez para gerar esse comportamento nos adolescentes, mas ninguém faz nada por nós. Temos segurança até as 21:00, depois disso, não temos mais, e os pacientes sabem disso, normalmente eles planejam algumas coisas para depois do horário da segurança.” (P9).

Os profissionais de Enfermagem nos diversos campos de atuação prestam cuidados a indivíduos com os mais variados estados de saúde, entre eles, quadros que podem vir a provocar alterações no comportamento do indivíduo, encefalopatias, acometimentos neurológicos devidos a traumas, Acidentes Vascular Encefálico – AVE, ou mesmo quando o indivíduo estiver sob o efeito de substâncias como o álcool e outras drogas ou em quadro de síndrome de abstinência (SILVA, 2011; SMELTZER *et al.*, 2014; PAGLIACE *et al.*, 2017; SADOCK; SADOCK, 2017). Em tais situações pode ocorrer violência contra a equipe, principalmente quando os profissionais carecem de capacitação específica para uma abordagem segura a pacientes com risco de agressividade (PAGLIACE *et al.*, 2017).

A Organização Mundial de Saúde define violência como a demonstração de poder com uso de força intencional, que constitui um meio de

ameaça contra si próprio, outrem ou contra a coletividade/grupo, que possa vir causar danos físicos, psíquicos, privações, negligência ou mesmo morte de um indivíduo. É caracterizada por todo e qualquer ato que tenha por fim intimidar ou coagir outrem, moralmente ou mesmo com ações que tenha esse efeito. Constitui algo destrutivo, exercido com ímpeto ou vigor (OMS, 2014).

Entre os diversos locais em que pode ocorrer violência, está o cenário do cuidado de enfermagem pelo fato de estes profissionais desenvolverem a maioria de suas atividades junto ao paciente e sua família. Tal possibilidade aumenta quando o paciente tem algum acometimento de causa psíquica ou orgânica ou ainda comorbidades clínicas que podem desencadear manifestações comportamentais de agitação psicomotora e/ou agressividade, que pode se voltar contra o profissional que o atende (SILVA; 2011; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; PAGLIACE *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura, o comportamento violento é presente, normalmente, em pacientes com histórico de crimes e uso abusivo de álcool e outras drogas, as quais provocam alterações do comportamento desse indivíduo, prejudicando sua tolerância a frustrações, o que pode levá-lo a agir de maneira agressiva (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK, 2017).

O comportamento violento deve ser analisado como uma resposta a sentimentos de raiva, de medo, mesmo de impotência diante de uma situação ou da dificuldade em lidar com frustrações. A manifestação desse comportamento ocorre principalmente quando o uso de álcool e outras drogas estiver envolvido, porque estas substâncias provocam mudança de comportamento, tornando o indivíduo mais desafiador e agressivo (SMELTZER *et al.*, 2014; SADOCK; SADOCK, 2017).

Aspecto referente ao comportamento dos adolescentes foi apontado como maior dificuldade para o desenvolvimento do cuidado, já que, entre outras dificuldades, algumas vão sendo superadas e outras novas vão surgindo e que a prática confere conhecimento para o profissional mudar as abordagens conforme o grupo de pacientes de cada ciclo:

*“[...] as dificuldades vão mudando, você vai aprendendo
[...] algumas coisas ficam mais fáceis com o tempo e,*

outras não. Cada ciclo são pessoas novas, cada um reage de uma maneira, às vezes você usa a mesma regra e pode não dar certo. Você vai aprendendo aos poucos, claro que de início a gente tem muita dificuldade, acho que a maior dificuldade é com relação ao comportamento deles, alguns são muito mal educados.” (P5).

As primeiras experiências com drogas ocorrem frequentemente na adolescência e, na atualidade, é comum que ainda na infância a criança tenha contato com tais substâncias. Nessa fase do desenvolvimento do indivíduo, geralmente ocorrem grandes mudanças físicas, psíquicas e comportamentais. Tais modificações psicológicas, socioculturais e neurológicas têm sido alvo da comunidade científica com o intuito de compreender a associação entre infância/adolescência e a maior susceptibilidade em relação à experimentação e uso de substâncias psicoativas (SILVA *et al.*, 2010; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Exames de ressonância magnética funcional mostram que novas conexões cerebrais são formadas intensamente no cérebro infantil e adolescente. Na fase de adolescência, as maiores mudanças ocorrem no córtex pré-frontal, região que coordena a habilidade de usar a lógica, tomar decisões e avaliar possíveis riscos (GUYTON; HALL, 2015; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

A compreensão da estruturação cerebral ajuda a explicar os motivos do comportamento peculiar da criança e, especialmente, do adolescente. Ocorre que uma complexa rede de neurônios é ativada quando o indivíduo faz alguma atividade que lhe cause prazer, e essa busca constante por estímulos prazerosos está associada ao “sistema cerebral de recompensa”. Todos os comportamentos que o indivíduo apresenta reforçados por uma recompensa tendem a ser repetidos e aprendidos (GUYTON; HALL, 2015; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Em termos biológicos, esse sistema de recompensa tem por intuito garantir a sobrevivência da espécie, através da motivação de comportamentos que são repetidos e recompensados como comer, beber e reproduzir (GUYTON; HALL, 2015; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Ocorre que o uso de substâncias psicoativas também estimula, de maneira avassaladora, esse sistema de recompensa, gerando um prazer muito mais intenso do que as funções naturais do organismo. Provocam euforia e bem-estar em proporções inimagináveis e jamais experimentadas pelo indivíduo (GUYTON; HALL, 2015; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Assim, o indivíduo tem a falsa sensação de efeito benéfico e o consumo acaba induzindo à repetição do uso com maior frequência e em doses cada vez maiores para obtenção do mesmo efeito, o que afeta o cérebro e outros órgãos. Por mínima que seja quantidade de substância psicoativa consumida, ela tem capacidade de chegar ao cérebro e promover, substancialmente, mudanças no comportamento do indivíduo, por atuar e alterar os mecanismos normais da neurotransmissão (GUYTON; HALL, 2015; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

A criança, o adolescente e o adulto jovem são a população mais envolvida no consumo de substâncias psicoativas, pois enfrentam, nessa fase do desenvolvimento humano, modificações físicas, comportamentais e emocionais. Na fase de adolescência, principalmente, o indivíduo sente a necessidade de pertencer a um grupo específico, e esse relacionamento com o grupo e a influência do meio externo tornam o adolescente vulnerável ao consumo de substâncias psicoativas (SILVA *et al.*, 2010; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Somando à sensação de bem-estar que as substâncias psicoativas produzem, tanto na criança quanto no adolescente, ao ativar as vias de recompensa do sistema nervoso central, ao conflito de autoafirmação e baixa tolerância a frustrações, características dessa fase do desenvolvimento, e ao encorajamento que tais substâncias provocam, elas podem desencadear comportamentos agressivos nesses indivíduos (GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Alguns fatores que podem levar ao consumo dessas substâncias tanto na infância quanto na adolescência podem ser o contato com familiares que fazem uso de álcool ou outras drogas e têm comportamento autoritário ou permissivo com a criança ou adolescente, grupo de amigos que façam uso,

baixa autoestima, fácil acesso à substância e mesmo histórico de abuso sexual (SILVA *et al.*, 2010; SOARES; GONÇALVES; WERNER JUNIOR, 2010).

Foi mencionada a inexistência de profissionais de outras áreas específicas, como, por exemplo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social para desenvolver atividades com os adolescentes. Em decorrência de tal falta, a equipe de enfermagem assume atividades que não lhe competem, mas, sim, a um profissional especializado:

“Tem a dificuldade de não ter um psicólogo, às vezes a gente tem que fazer um pouco esse papel sem ter conhecimento específico e principalmente as oficinas a gente faz várias coisas, pulseiras entre outras, para distrair realmente, porque eles precisam trabalhar com alguma coisa, então todo mundo teve que aprender por conta própria e desenvolver.” (P5).

“A enfermagem faz o trabalho da Terapia Ocupacional, essa não é a função das técnicas de enfermagem ou dos enfermeiros, a gente precisa ter um Terapeuta Ocupacional. Fazemos atendimento de conversa e escuta da família, que seria o trabalho de um psicólogo, então fica muito difícil, sobrecarrega a equipe fazer aquilo que era função do técnico de deixa de ser função e eles passam a ser terapeutas e psicólogos, porque nós não temos esses profissionais [...] seria diferente se tivéssemos um profissional especializado para desenvolver essas atividades.” (P11).

“Agora temos um psicólogo aqui, mas é uma vez na semana, e a gente acaba assumindo outros papéis, por falta de outros funcionários. Tem falta de enfermeiro, às vezes no final de semana a gente fica só em técnicos e tem que assumir o papel do enfermeiro, do assistente social, da psicologia, porque eles choram, ficam nervosos, querem conversar, e a enfermagem acaba assumindo esse papel.” (P13).

Os participantes mencionaram que por falta de outros profissionais a equipe de enfermagem assume um papel que não seria o seu, mas de psicólogos e terapeutas ocupacionais, por exemplo. De acordo com a literatura, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe consigo inúmeros desafios, entre eles a forma como os profissionais da enfermagem passam a olhar para os indivíduos dos quais cuidam. Assim, a enfermagem discute sua inserção neste

campo de trabalho e qual seu papel na abordagem terapêutica ao portador de transtorno mental, tanto em serviços abertos quanto em hospitais gerais (FRANCISCHETTI; KIRSCHBAUM, 2000).

Essa mudança paradigmática causa inúmeras contradições no pensar e no agir, uma vez que o fazer da enfermagem passa da vigilância, controle e disciplinamento para uma atitude terapêutica orientada pelo respeito à subjetividade do indivíduo que cuida (FRANCISCHETTI; KIRSCHBAUM, 2000).

Cabe ressaltar que a transição de um paradigma a outro leva tempo e exige conhecimento científico, empenho e busca de novas práticas. Assim, o papel da equipe de enfermagem em unidades psiquiátricas nos hospitais gerais é assistir ao indivíduo em sofrimento psíquico e estar próximo para atender as suas necessidades básicas como escuta ativa (MACENA; CAPOCCI, 2004).

É inegável a necessidade de a equipe de enfermagem ter conhecimentos acerca de medicamentos e suas vias de administração, bem como seus efeitos colaterais, contudo, na área da saúde mental, tão importante quanto o arcabouço de conhecimento técnico, é saber ouvir, ter prontidão em escutar o indivíduo que sofre psicologicamente. Ser ouvido e compreendido em seu sofrimento faz parte das necessidades básicas do ser humano. Contudo, em muitos casos, a enfermagem não assiste psicologicamente o paciente sob a alegação de ser esta uma prerrogativa e competência do psicólogo (MACENA; CAPOCCI, 2004).

A persistência de uma assistência desqualificada no campo da saúde mental faz com que os profissionais da área tenham um grande desinteresse por este campo de atuação. A falta de definição em torno do papel do enfermeiro psiquiátrico gera dificuldades no seu processo de trabalho em equipe. Por tudo isso, a enfermagem psiquiátrica não obteve grandes avanços no Brasil, embora se observe uma tendência de mudança na prática dos enfermeiros, especialmente relativa à sua aproximação ao cliente, desenvolvendo práticas terapêuticas e grupais, assim como um espaço mais definido e reconhecido na equipe de saúde mental (TAVARES, 2006; VEIGA; FERNANDES; SADIGURSKY, 2010).

Isso acontece, pois, historicamente, as ações de enfermagem não tinham como alvo principal o paciente, mas a manutenção do ambiente no qual

se realizava esse cuidado, ambiente este que era o palco de intervenções médicas (CARVALHO; FELLI, 2005; SOARES *et al.*, 2011). O afastamento institucional e historicamente apregoado pode explicar a admissão de profissionais de enfermagem que não reúnam qualificações mínimas para o cuidado em saúde mental. Dessa forma, o enfermeiro que desenvolve sua prática na área da saúde mental tem dúvidas sobre o significado de seu papel profissional e utiliza muito pouco seu julgamento clínico para realização das atividades de enfermagem direcionadas a essa clientela (TOLEDO, 2004; TAVARES, 2006; SOARES *et al.*, 2011).

As transformações na prática da enfermagem em saúde mental tornam o cuidado mais complexo e desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, na qual a enfermagem se insere. Essas mudanças na área da saúde mental repercutem diretamente no papel do enfermeiro que passa a desempenhar atividades com o intuito de desenvolver o relacionamento terapêutico com portadores de transtorno mental e seus familiares (BERTONCELLO; FRANCO, 2001; VEIGA; FERNANDES; SADIGURSKY, 2010; SERQUEIRA, 2014; MAFTUM *et al.*, 2017).

Retomando as afirmações de P5 e P11, quando mencionam que por falta de outros profissionais a enfermagem assume um papel que não seria seu, outros participantes referiram que o cuidado de enfermagem nessa unidade é um cuidado diferenciado dos demais. Assim, envolve estar junto com os adolescentes, fazer orientações sobre cuidados com o corpo e mesmo escuta terapêutica. Segundo esses participantes, mesmo que a enfermagem não considere essas práticas como parte de seu cuidado, esse é cuidado em saúde mental. Contudo, em que pese o que trabalho em saúde mental requeira de todos os profissionais o estabelecimento de relacionamento terapêutico e de atividades complementares como colagem, horta, caminhada, leituras, assistir programas de TV, tal situação não prescinde da necessidade de equipe multidisciplinar.

Outro participante menciona que a prática da enfermagem nessa unidade já foi tema de reunião de equipe e houve consenso, na época, de que o cuidado de enfermagem é diferente das demais unidades do hospital e que, portanto, a enfermagem, em algumas situações, desenvolveria atividades que

incluem o fazer por vezes erroneamente entendido como da alçada de outros profissionais:

“A enfermagem tem que se dar conta que o trabalho de enfermagem aqui não é fazer curativo, soro, banho no leito. Aqui o trabalho da enfermagem certamente é outro, é um acolhimento completamente diferente [...]. A enfermagem esquece que ela não faz outras coisas da prática da enfermagem, mas aqui precisa fazer isso. Escuta terapêutica e aconselhamento com fundamentação, tudo isso é função da enfermagem, mesmo que ela diga que não é função dela.” (P8).

“Quando houve as mudanças no atendimento, fizemos uma reunião na qual tratamos sobre o nosso fazer aqui dentro e quem quisesse ficar era para abraçar a causa, porque aqui dentro o cuidado de enfermagem é totalmente deferente das outras alas. [...]. Aqui se faz o cuidado de enfermagem, mas também se é psicólogo, assistente social, essa é nossa função, nosso cuidado inclui o fazer de todas as outras profissões. Isso foi um acordo e se alguém achasse que seria demais cuidar dessa forma, que pudesse pedir para sair da unidade e todos estão cientes aqui de que nosso cuidado é diferente, que faríamos além do que era nossa prática lá fora, e todos concordaram.” (P6).

Um dos profissionais mencionou não saber ao certo qual seria seu papel nesse cuidado, referiu que o cuidado cansa, estressa e que parece algo sem retorno, porque, a seu ver, cuidar nessa unidade é entregar as roupas para o banho, encaminhar para as refeições e não sabe mais o que fazer, por esse motivo espera o tempo passar:

“Cuidar aqui é assim, tem dias que a gente se estressa bastante, que cansa, mas o que me incomoda é que parece que esse cuidado é uma coisa sem retorno. Porque, o que você faz aqui? Você chega e é a mesma rotina de arrumar as roupas, mandar para banho, tomar café, daí você fica ali esperando as horas passarem junto com eles.” (P19).

“O que eu não gosto, que para mim é um pouco angustiante perceber é que, apesar do esforço que a gente faz, o prognóstico de alguns pacientes é [...] ruim, então a gente percebe que aquele paciente vai demorar

mais tempo para ficar abstinente ou ter uma crítica sobre drogas. E me angustia ainda mais quando isso não é pela opção desse indivíduo, mas por falta de estrutura mesmo. A gente observa que por mais que a gente faça um esforço, por mais que o próprio adolescente se esforce, ele vai chegar lá em um ambiente sem condições para a permanência dele abstinente e que dê sequência adequada ao tratamento.” (P11).

Estudo conduzido na região metropolitana de Belo Horizonte com o objetivo de compreender os mecanismos sociais e simbólicos envolvidos na relação entre o tráfico de drogas, a disseminação da violência, o uso compulsivo, os tratamentos e os serviços de atenção ao usuário, mostrou que as representações sociais dos profissionais interferem diretamente no processo terapêutico, trazendo influências negativas, descrença e frustrações para equipe de saúde, quando ocorrem recaídas e reinternações dos pacientes (MEDEIROS, 2014).

Estudo conduzido com o objetivo de descrever satisfações e insatisfações da equipe de trabalhadoras de um Centro de Atenção Psicossocial mostrou que, entre as maiores dificuldades das profissionais, estão as frustrações e insatisfações quanto à falta de motivação do paciente para o tratamento, as recaídas e desistências assim como a baixa adesão ao tratamento (DIDONET; FONTANA, 2011).

Nesse sentido, discussões entre os profissionais são necessárias para o fortalecimento da equipe quanto à recaída, com o intuito de se compreender que ela, fatalmente, faz parte do processo de tratamento de pacientes com transtornos mental e de comportamento devidos ao uso de substância psicoativa.

6.5.1 A dificuldade para mudanças

Dificuldade de alguns profissionais para a mudança foi mencionada como fragilidade no cuidado, principalmente de funcionários mais antigos da unidade, que, de forma geral, gostam de fazer as atividades de rotina. Um dos participantes assume que teve dificuldades com as mudanças que foram

implantadas na unidade e que as mudanças assustam um pouco no início até que se acostumar com elas:

“A equipe, não generalizando, tem extrema dificuldade para mudança, principalmente os funcionários mais antigos da unidade, que têm uma resistência à mudança muito grande, no fim acabam cedendo porque a maioria ganha, mas essa ainda é uma dificuldade pela qual a unidade passa. Ouvimos o discurso “a gente não pode assumir isso agora, porque a gente não tem funcionário para fazer”. Às vezes, tentamos implantar atividades que são mínimas, que estão ao nosso alcance, e a gente percebe que alguns têm receio de assumir mais um papel, com medo de ter mais uma função e não ser recompensado por isso.” (P1).

“Acredito que fui uma das mais resistentes no começo, eu fiquei horrorizada com algumas mudanças que iriam acontecer aqui, eu dizia não pode, isso não vai acontecer, isso vai dar muito problema, falaram de manter as portas dos quartos abertas e deixar os meninos pelos corredores e ficava tudo aberto. A gente veio de um local que era tudo muito fechado. No começo, eu tive medo, o que é normal, tudo o que é novo assusta um pouco, mas depois vi que era uma coisa boa.” (P2).

“Algumas pessoas têm resistência a mudanças e isso dificulta muito o cuidado aqui. Aquele ‘não pode nada, tudo é proibido’, do passado ainda resiste muito aqui dentro. Algumas concordam com as outras para não se incomodar. É tudo muito rígido, não se flexibiliza, o cuidado é muito estanque para algumas que resistem às mudanças.” (P9).

“De forma geral, percebo que a equipe prefere fazer o trabalho do cotidiano, saiu da rotina, já começa a ter problemas. Inclusive, até pouco tempo atrás, não tínhamos passeios externos, quando se começou a implantar se percebia uns olhares meio estranhos, mas quando isso começou a se tornar rotina, aí não teve mais problemas, gostam, fazem questão de participar. Percebo que a equipe não gosta de mudanças.” (P12).

Em contraposição às falas anteriores, alguns participantes referiram que quando as propostas trazidas são para melhorar o atendimento a equipe não tem dificuldade para aceitar mudança:

“Eu acho que não temos dificuldade para aceitar mudanças. Na minha visão, a equipe está sempre pronta para mudanças. E quando é para melhorar a unidade, nunca ouvi dizer que algo não fosse aceito. Quando são trazidas novas ideias para a unidade nas reuniões, a equipe está sempre pronta para mudar, para aceitar.” (P13).

“Eu acho que hoje não temos dificuldade para mudança [...] acho um ou outro, mas num geral a gente tem aceitado muito bem as mudanças e tem abraçado com muito prazer. Eu não tenho essa dificuldade com a equipe.” (P11).

Mesmo que se tenha chegado a um resultado de não consenso sobre tema ‘*dificuldades para mudança*’ no decorrer das entrevistas, durante a reunião de negociação se obteve consenso da equipe sobre esse tema:

“O tema ‘Dificuldade para mudanças’ foi exposto pela pesquisadora para que se iniciasse a discussão. Após a leitura das falas dos participantes, em um slide de Power Point, os participantes dessa reunião de negociação passaram a tratar do tema. Inicialmente, um dos participantes lembrou algumas situações nas quais a equipe teve extrema resistência em aderir, como os passeios externos. Após as discussões, a equipe acabou entrando em consenso sobre haver, sim, dificuldades para mudança. Para solução desta dificuldade, o grupo de interesse concordou com a necessidade de que todas as propostas para mudanças na rotina da unidade precisam passar pela reunião de grupo para serem esclarecidas, antes de serem estabelecidas.” (Reunião de Negociação)

De acordo com a literatura, o tema mudança é discutido desde que a sociedade começou a se organizar e evoluir na busca de alcançar melhores resultados para determinados processos. Nos últimos tempos, a mudança tem sido alvo de discussão e atenção, pois ela é o elemento fundamental para sobrevivência das organizações, uma vez que este processo pode reorganizar e potencializar determinadas atividades (MAGALHÃES; GOMES; MAGALHÃES, 2008; FREIRE *et al.*, 2010).

Na prática, o processo de mudança pode representar uma ameaça a valores internalizados pelos indivíduos que dele participam, assim, o “novo”

pode figurar como ameaça e, como tal, dela necessitam se proteger. Em muitos casos, os indivíduos desenvolvem resistências às mudanças em razão do medo do que é desconhecido, preferindo, assim, continuar a realizar suas atividades como sempre fizeram. Tais comportamentos dificultam o alcance dos objetivos pretendidos com a mudança (MAGALHÃES; GOMES; MAGALHÃES, 2008; FREIRE *et al.*, 2010).

Tendo o grupo de interesse avaliado e entrado em consenso sobre sua dificuldade para mudanças, acredita-se na necessidade de discussões em grupo, fundamentadas pela literatura, sobre a necessidade de processos de mudança e os benefícios que trazem para a reorganização do Serviço.

6.5.2 O não reconhecimento da importância da unidade pelo gestor

A precariedade de instrumentos é apontada como fragilidade no desenvolvimento do cuidado e, junto a isso, entendem que o gestor não reconhece a importância da Unidade:

“O nosso trabalho é feito de forma muito primária em termos de instrumentos [...] imobiliário, jogos, material para atividades artísticas como tinta, papel [...] e, pelo que vemos, o hospital não está preocupado com isso porque de certa forma funciona, não vamos mais para as redes sociais como manchete e daí, está tudo bem. [...] Nós somos uma unidade órfã, estamos aqui, mas ninguém nos representa.” (P8).

“Essa unidade chegou até aqui por briga dos profissionais, mas ela não é uma unidade que existe no olhar do administrativo, digo isso por causa do financiamento. Ela é uma unidade sem cadastramento que abriu por uma necessidade local do município, por uma determinação judicial e não existe nenhum recurso para manter essa unidade. A gente acaba mantendo com doações e colaboração. Para o gestor, ela não é uma necessidade.” (P1).

“Eu acho que a Unidade é mais largada, abandonada, não tem tanta atenção igual têm as outras unidades, aqui é esquecido. O que a gente tem aqui é doado, esse sofá é doado, tem que implorar para vir roupas, a comida vem tarde, vem fria, e tudo isso já foi colocado em reunião, já

foi colocado no papel. Essa Unidade é a mais esquecida.” (P13).

“A Unidade foi pintada, mas com doações de tintas. Quando pintaram a Pediatria, por exemplo, veio a imprensa e todos deram entrevista, aqui foram feitas reformas, mas ninguém apareceu nem para ver, ninguém tirou uma foto sequer. Essa Unidade é muito discriminada, discriminam os adolescentes junto com os profissionais, sempre ficamos em último plano, tudo o que conseguimos é com muito esforço, muita caminhada.” (P6).

A implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais tem o objetivo de oferecer acolhimento integral ao sujeito, quando as possibilidades de atendimento em serviços abertos se esgotam. Esse serviço precisa, necessariamente, estar articulado com os outros dispositivos da rede de saúde mental comprometidos com o cuidado do usuário (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012). Esse processo de implantação não é tarefa fácil, pois existem algumas dificuldades que vão desde a falta de estrutura física adequada para o cuidado em saúde mental até a capacitação da equipe para o cuidado a esta clientela (LUCCHESI; MALIK, 2009).

Uma das maiores dificuldades de implantação de unidades psiquiátricas no âmbito do hospital geral está na resistência e até no desinteresse por parte de alguns gestores em aderir à integração e articulação com os serviços de saúde mental. Isso pode ser devido à postura organizacional contrária dos gestores à implantação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais bem como à falta de políticas públicas bem definidas para esse fim (LUCCHESI; MALIK, 2009; PAES *et al.*, 2013).

6.5.3 Preconceito no cuidado a crianças e adolescentes

O preconceito foi relatado como uma fragilidade, que, por vezes, é percebido em profissionais da equipe de enfermagem externa à Unidade. De acordo com os participantes, ainda que não seja mostrado abertamente, existe preconceito contra os pacientes advindos da equipe de enfermagem:

“Eu acredito que todos que estão aqui dentro têm uma percepção do que é o cuidado com esse tipo de paciente, eu não observei preconceito com relação à doença do paciente ou à situação dele. Com relação ao pessoal lá fora que não entende o trabalho aqui dentro, não só os gestores, mas também os supervisores não entendem que aqui é um local em que a gente atende também pessoas doentes, realmente existe lá fora esse preconceito.” (P1).

“Aqui dentro acho que não tem preconceito, claro que tem aquelas horas que eles acabam irritando devido à energia que eles têm, mas preconceito daqui de dentro, não, mas de fora da unidade, tem sim.” (P3).

“Lá fora até colegas da enfermagem têm preconceito dessa unidade, dizem que são bandidos vagabundos. Na visão de muitas pessoas, nosso tempo deveria ser gasto com pessoas doentes, não com esse tipo de paciente. Saúde mental não é doença é falta de vergonha e esse tipo de paciente não são aqueles ‘loucos’, ‘são meninos que sabem o que estão fazendo’, ‘fazem porque querem e, por isso são vagabundos’, esse é o tipo de pensamento de alguns profissionais de saúde.” (P4).

Mesmo que boa parte dos participantes afirmasse durante o transcorrer das entrevistas que o preconceito que se percebe vem de fora da Unidade, alguns participantes mencionaram existir preconceito da equipe. Um participante mencionou que o preconceito existe no fato de não aceitar o que os pacientes são:

“O preconceito vem de fora, sim, mas ainda existe aqui dentro, infelizmente. Em um ou outro, você percebe em algumas falas. Não é uma coisa muito aberta, tem quem não gosta, mas disfarça muito bem, mas existem comentários que chegam doer às vezes [...]” (P2).

“O preconceito na cozinha é muito grande. É roupa é comida, tudo o que é para nós pode ser de baixa qualidade. [...] as roupas, quando eu peço algo um pouco melhor, sempre tem uma chacota. Com relação à equipe, eu propus para a coordenadora que falasse para o pessoal que no fim de ano que as pessoas repensassem quem quer realmente ficar aqui, porque tem gente que está cansada profissionalmente. Elas sabem que esses moleques são mal-educados, é a mesma coisa de você trabalhar com quem tem Diabetes e se irritar porque o

paciente tem Diabetes, trabalhar com hipertensos e se irritar porque só vê hipertenso. Acho que esse é o preconceito da equipe em aceitar o que os pacientes são.” (P8).

Estudo conduzido com a equipe de enfermagem acerca de sua opinião com relação à implantação de unidades psiquiátricas no hospital geral mostrou que, apesar de os profissionais afirmarem haver benefícios advindos com a internação em hospital geral, suas falas evidenciam o preconceito em relação aos indivíduos portadores de transtorno mental. De acordo com os autores, alguns profissionais mencionaram que poderiam ocorrer atritos com os pacientes clínicos, alguns por convênio ou mesmo com internação particular que não aceitariam pacientes do SUS, com transtornos mentais, próximo de seus quartos (MION; SCHNEIDER, 2003).

Ainda conforme estudo conduzido com a equipe de enfermagem acerca de sua opinião com relação à implantação de unidades psiquiátricas no hospital geral, uma questão que ficou evidente foi a da vinculação direta entre doença mental e pobreza, revelando ainda as discrepâncias na assistência à saúde, em que não se pode ter, convivendo num mesmo espaço, pessoas de diferentes níveis sociais. A inclusão de serviços de psiquiatria em hospital geral, nessa realidade, ocorreria com certa resistência e teria como empecilho o preconceito (MION; SCHNEIDER, 2003).

Ainda como fragilidade avaliada pelo grupo de interesse deste estudo, foi mencionada por alguns participantes a falta de formação específica para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental. Um participante comentou que faz o cuidado de determinada maneira por acreditar que aquela é a forma correta, mas admite que nem sempre produz o efeito esperado. Menciona que a capacitação específica deveria ser constante e direcionada para cada situação.

Um participante reconhece que a capacitação em serviço contribuiria para melhorar a forma de abordagem da equipe e que, em algumas situações, por não saber como agir, toma atitudes como gritar, xingar e trancar no quarto:

“Uma dificuldade que eu tenho é relacionada à minha formação, que não foi voltada para esse tipo de atendimento.” (P12).

“Nossa formação para o manejo com os pacientes eu acredito que esteja faltando algo, a gente precisaria receber treinamentos, com esse tipo de conhecimento, mesmo tendo acontecido muitas mudanças, a gente não tem uma fundamentação ainda para saber exatamente o que fazer, então fazemos como sempre fizemos, mas, às vezes, não dá certo, ou não é a forma correta de se fazer.” (P18).

“Existem momentos em que nós precisamos de uma capacitação mais específica, como já aconteceu, para poder lidar melhor com determinada situação. A capacitação é extremamente necessária e a equipe precisa ser capacitada de forma regular.” (P1).

“Acho que precisa de capacitação pra gente aprender trabalhar, participar de uma palestra que nos ensine a melhor maneira de abordar, porque você chega no fim de semana e se pergunta o que fez durante a semana, às vezes, quando a gente não sabe como agir, a gente só grita, xinga e tranca no quarto, manda para o banho, dá remédio e comida.” (P10).

Por outro lado, um participante reconhece que falta capacitação, mas mencionou que acontecem convites para os profissionais da unidade participar de cursos externos, mas nem todos se interessam:

“Falta capacitação para a equipe, sim, mas são poucos os que vão querer participar. Uma vez fechamos a ala para ir a uma palestra no dia da enfermagem, mas não foram todos. Quem comentou sobre capacitação é quem percebe que precisamos, mas aqui você precisa ir atrás, eu vou. Tem cursos que a prefeitura oferece e manda convites para nós, mas são poucos os que vão, sempre têm uma desculpa. Eu acho que essa conversa é mais uma desculpa para dizer que não se cuida bem porque não tem capacitação.” (P6).

Pesquisa conduzida com a equipe de enfermagem sobre a implantação de unidades psiquiátricas no hospital geral particular mostrou que, de acordo com os profissionais, uma das desvantagens dessa implantação seria a de que

os profissionais não se sentem preparados para atender portadores de transtorno mental. Todos os participantes da pesquisa mencionaram que seria viável a implantação destes leitos, mas a instituição deveria providenciar capacitação em serviço para a equipe que atuaria junto a esse indivíduo (MION; SCHNEIDER, 2003).

A menção ao despreparo das equipes de enfermagem que trabalham em hospital geral, para o cuidado em saúde mental, é compreensível, pois a formação oferecida pelos cursos da área da saúde não está voltada para a capacitação destes profissionais, para prestar assistência em outro espaço a não ser o hospital psiquiátrico (MION; SCHNEIDER, 2003).

A formação do profissional de nível superior na área da saúde passa por um momento de mudanças, que também estão relacionadas ao modo de se compreender saúde e à necessidade de o futuro profissional estar adequado ao mercado de trabalho que encontrará ao término de sua formação (REINALDO; PILLON, 2007).

A assistência de Enfermagem Psiquiátrica tem se constituído historicamente numa prática hospitalar, fato que diverge da realidade, uma vez que o próprio hospital psiquiátrico, como instituição central da assistência psiquiátrica, tem sido progressivamente substituído por outros dispositivos de atenção. Na psiquiatria e mais recentemente na saúde mental e nas dependências químicas, essas questões passaram a influenciar a formação dos alunos, que trabalham objetivamente com uma clientela subjetiva (REINALDO; PILLON, 2007).

O modelo vigente na formação do profissional de saúde tem deixado lacunas quando observamos a inserção e o desenvolvimento profissional do aluno após o término da graduação. Os conteúdos ministrados nessas disciplinas enfocam desde o relacionamento interpessoal entre paciente/profissional até temas mais específicos de psicopatologia como ferramentas para critérios de diagnóstico, intervenção e planejamento de cuidados (REINALDO; PILLON, 2007).

Para poder, por exemplo, discutir a saúde e a política de álcool e outras drogas, é necessário olhar para história da Enfermagem no Brasil e fazer uma reflexão sobre a política de saúde e a psiquiatria de cada época, desde sua

origem até o presente momento. O conhecimento de enfermagem não depende apenas dos modelos de ensino ou práticas instruídas ou instituídas, depende e sofre também a interferência do contexto histórico, social e político (REINALDO; PILLON, 2007).

Com relação à capacitação em serviço, um estudo mostrou que 100% dos enfermeiros e 84% dos técnicos têm interesse em participar. E 50% dos enfermeiros e 80% dos técnicos disseram ter procurado atividades relacionadas à educação permanente nos últimos cinco anos, por conta própria, com pouco ou nenhum incentivo por parte da instituição onde trabalham. As dúvidas apresentadas no processo de trabalho em saúde mental, a expectativa de melhoria do vínculo de trabalho e as vantagens salariais são os principais motivos relacionados à busca por capacitação (TAVARES, 2006).

Sobre a importância da capacitação para o cuidado em saúde mental, P11 menciona que são desenvolvidas atividades mensais com a equipe com discussão de problemas que ocorreram no decorrer de algum ciclo específico, mas acredita que o Serviço de Educação Continuada da instituição deveria promover atividades direcionadas para a equipe, conforme a fala a seguir:

“Eu acho muito importante a capacitação da equipe, todo mês escolhemos algum problema que aconteceu durante o ciclo ou uma dificuldade que a equipe teve e montamos um projeto para trabalhar sobre aquele problema/dificuldade, alguma doença ou um problema que algum paciente apresentou, mas eu acredito que a Educação Continuada poderia fazer um trabalho mais voltado para toda essa equipe.” (P11).

Acredita-se que a educação permanente dos trabalhadores de enfermagem da área de saúde mental exija, além de programas educacionais baseados em definições de competências específicas, processos educativos mais amplos e problematizadores que visem ao desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar, já que o cuidado em saúde mental tem característica multiprofissional. Assim, é preciso assegurar apoio à construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço. Estes sistemas devem auxiliar no conhecimento de estratégias

inovadoras de cuidar, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas (TAVARES, 2006).

Este item em que foram apresentadas e discutidas as facilidades e dificuldades para o cuidado, de acordo com o grupo de interesse, encerra o que Guba e Lincoln (2011) denominam de **síntese sofisticada de alto nível**, produzida pelas construções conjuntas originadas da aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, sendo, na sequência, apresentadas as considerações finais, buscando evidenciar os principais aspectos de relevância deste estudo, incluindo propostas elencadas que a instituição poderá acatar ou não.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o objetivo deste estudo de avaliar, na perspectiva da enfermagem, o cuidado desenvolvido à criança e ao adolescente em tratamento, no hospital geral, devido a transtornos relacionados a substâncias psicoativas, utilizando o Referencial Teórico Metodológico da Avaliação de Quarta Geração, tenha sido atingido, pois, como prevê esse Referencial pautado no paradigma construtivista em uma perspectiva responsiva e formativa, possibilitou uma reflexão crítica dos participantes sobre o cuidado de enfermagem desenvolvido na Unidade em que este estudo foi desenvolvido.

As construções conjuntas e reconstruções desenvolvidas com os participantes apresentadas no item de análise dos resultados são, como prevê o Referencial de Avaliação de Quarta Geração, uma síntese sofisticada, porquanto os participantes avaliaram o cuidado de enfermagem prestado na Unidade como diferenciado das demais unidades da instituição, pois ele vai além de realizar procedimentos técnicos e com a preocupação de cuidar do indivíduo como pessoa que precisa de cuidados. Logo, esse cuidar foi considerado como amplo e complexo, principalmente por trabalhar com crianças e adolescentes com transtornos relacionados a substâncias psicoativas.

O cuidado desenvolvido é permeado pela comunicação com o paciente e se transfigura na essência do cuidado que ofertam, atendendo às subjetividades da criança e do adolescente, considerando as peculiaridades e especificidades de sua fase de desenvolvimento, com menor atenção, porém sem desconsiderar sua dimensão técnica e instrumental, mas com ênfase nas ações que denotam um cuidado mais expressivo. O cuidado a esta clientela inclui, por vezes, a imposição de regras e limites em determinados momentos por se tratar de indivíduos em fase de desenvolvimento e formação, com características peculiares, somado ao fato do transtorno devido ao uso de substâncias.

Os participantes discorreram sobre os procedimentos de admissão do paciente na Unidade, sendo que essa atividade é realizada com a participação de toda a equipe, garantindo, assim, uma abordagem multiprofissional na

definição da internação e elaboração das ações que serão desenvolvidas a este paciente.

Enfatizaram como potencialidade do cuidado as ações multidisciplinares nas quais participam todos os profissionais da Unidade e isso permite discussão, reflexão, aprendizado e o estabelecimento de um Plano de ações conjunto. As reuniões de pactuação de responsabilidade entre a Unidade e os municípios de onde as crianças e os adolescentes provêm são avaliadas como essenciais para a prevenção de recaída do uso de substâncias e reinternação e contribuem para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Dessa forma, a Unidade representa o elo entre a criança ou adolescente e os serviços de saúde e de apoio social de seu município, incluindo a escola. Em síntese, o item avaliado como maior potencialidade pelo grupo de interesse foram as reuniões de pactuação de responsabilidades com os serviços, tema para o qual houve consenso pleno durante o percorrer do círculo hermenêutico-dialético.

E contrapartida, a maior fragilidade está relacionada à estrutura física inadequada, que, no transcorrer das entrevistas, foi apontada por um dos participantes como adequada e, posteriormente, em sua reavaliação, como insuficiente de recursos humanos em quantidade e em categorial profissional.

No entanto, observou-se neste estudo que a equipe elabora um Plano Terapêutico, mas se sugere que o serviço avenge a possibilidade da implementação de Plano Terapêutico Singular em consonância com o apregoado nas políticas públicas de saúde mental brasileira. Esse plano, por sua vez, é uma estratégia que privilegia a qualidade do planejamento de processos terapêuticos em uma perspectiva em que as práticas se destinam a produzir a continuidade da vida do usuário, com um processo de reconstrução da cidadania, bem como do exercício real dos direitos do indivíduo. Essa estratégia inclui também a participação da família com a oportunidade de ampliar as discussões das relações do paciente.

Houve menção dos participantes da necessidade de que pessoas externas à unidade pudessem desenvolver atividades com as crianças e adolescentes. Nesse sentido, considerando que, em alguns casos, o tempo mínimo de internação é de 40 dias, pensa-se que a instituição poderia procurar

estabelecer, na comunidade, convênios com serviços ou organizações para a oferta voluntária de cursos profissionalizantes, como, por exemplo, de cabeleireiro, manicure, fotografia, pintura, música, teatro, entre outras.

Outras modalidades de convênios que poderiam ser providenciadas seriam com centros formadores, a exemplo do existente no município, o Centro Estadual de Educação Profissional- CEEP, que oferece cursos de Informática, Eletrônica e Eletromecânica. Dessa forma, alunos dessas instituições poderiam fazer estágios ensinando noções básicas de informática para os pacientes como meio de instrumentalizá-los e instigar a busca por algum desses cursos após a alta. Cabe ressaltar que a Unidade atende adolescentes até 18 anos e muitos deles já estão inseridos no mercado de trabalho desde cedo.

Como sugestão também há a possibilidade de cadastro dos adolescentes acima de 14 anos no programa Jovem Aprendiz, que é um projeto do governo federal criado pela Lei 10.097, de 2000, com o objetivo de as empresas desenvolverem programas de aprendizagem que visem à capacitação profissional de adolescentes e jovens em todo o país. O programa é composto por curso de aprendizagem gratuito com duração de até dois anos, com aulas teóricas e práticas nas dependências da empresa contratante. Dessa forma, o adolescente terá a chance de vivenciar o processo de trabalho e a oportunidade de aprender uma profissão. Com essa possibilidade, ainda durante o período de internação, poderia acontecer uma articulação entre a equipe da Unidade e a rede de atenção do município de origem do adolescente para que, após a alta, ele seja inserido no programa.

Destaca-se que o município de Cascavel é considerado polo universitário, inclusive com *campus* da UNIOESTE, com os mais variados cursos na área da saúde como Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Odontologia, que poderiam desenvolver projeto de educação em saúde com os pacientes dentro da Unidade, ou mesmo projetos a serem desenvolvidos em laboratórios do *campus*.

Reforça-se que, com as sugestões acima, também discutidas na reunião de negociação, houve somente a intenção de auxiliar na resolução de apontamentos que a equipe de enfermagem externou da especificidade do cuidado a esta clientela, para a qual identificaram *déficit* na formação e

necessidade de capacitação para pensar ações de cuidado a indivíduos que requerem pouco ou nada de cuidados técnicos da área da saúde e muito mais do âmbito da educação e relacionamento interpessoal.

Como limite desse estudo, aponta-se o fato de ter escolhido como grupo de interesse, em particular, a equipe de enfermagem de uma unidade de tratamento para crianças e adolescentes por transtornos de comportamento relacionados a substâncias, com a construção de um processo avaliativo a partir dessa perspectiva. Indubitavelmente, a inclusão de outros profissionais e gestores daria possibilidade ao surgimento de outras discussões no processo avaliativo. A escolha de um determinado grupo de interesse ocorreu em virtude da logística, tempo e recursos financeiros. Neste estudo, a escolha do grupo de interesse ocorreu com o intuito de essa tese desenvolver um processo avaliativo na perspectiva da equipe de enfermagem.

Espera-se que os resultados dessa tese possam instigar o desenvolvimento de novos estudos de avaliação em saúde mental. Intentamos, ainda, que possa propiciar uma reflexão crítica nos profissionais que desenvolvem sua prática com crianças e adolescentes em tratamento por transtornos relacionados a substâncias.

Os resultados ensejam a implementação de melhorias para a prática profissional da enfermagem, pois a avaliação ocorreu baseada nas construções de cada profissional, que, somadas às construções dos demais participantes, resultaram em uma construção conjunta mais elaborada e sofisticada, movimento pelo qual todos os participantes obtiveram ganho, pois suas construções foram ouvidas e lapidadas pelo grupo.

Destarte, a tese inicialmente proposta neste estudo foi defendida, pois a avaliação do cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente em tratamento, no hospital geral, por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa ensejou a produção de conhecimento e reflexões da prática, trazendo subsídios para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem em saúde mental, e isso se deve ao fato de o processo avaliativo ter proporcionado a possibilidade de o grupo de interesse discutir sobre o cuidado que desenvolve a esta clientela, elencando suas

potencialidades e fragilidades, bem como aventar possibilidades de melhorias dessa prática.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S., *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 5, p. 637-42. set/out; 2014.
- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília. Vol.51, n. 4, p: 5-59. 2000.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. M. N. XAVIER, D. M. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol.33, n. 4, p. 102-108, jun., 2012.
- ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 14, núm. 1, p. 64-70, 2010.
- ALMEIDA, R. M. M. de; *et al.* Uso de Álcool, Drogas, Níveis de Impulsividade e Agressividade em Adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 1, pp. 65-72, jan.-mar. 2014.
- AMARANTE, A.; *et al.* As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 20, núm. 1, p. 85-93, 2011. Trocara WAIDMANN; *et al.*, 2009
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol. 1 n. 1, 2010.
- ANDRADE, L. R. de P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 13, n. 5, p. 737-42, set./out., 2005.
- ANDRADE, A. P. M. de; MALUF, S. W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Comunicação Saúde Educação**, 2017.
- ANDRADE, T.M. R.; S. de P. Fatores de proteção e de risco associados ao início do uso de cannabis: revisão sistemática. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, vol. 7, n.2, p. 98-106 maio-ago. 2011.
- ANDRADE, S. S. C. de A. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012.

BAGGIO, M. A.; ERDMAN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 19, n. 2, p. 378-85, Abr-Jun., 2010.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. Comportamento Violento. In: **PsiquWeb** [internet], 2005. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=9&art=34>. Acesso em: 14/09/2015.

BALDUINO, A de F. A.; MANTOVANI, M. de F.; LACERDA, M. R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, vol 13, n. 2, p. 342-51, abr-jun., 2009.

BARCELOS, L. M. da S de.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 56, n.3, p. 236-241, maio/jun., 2003.

BENEVIDES, D. S.; *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde Interface - **Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.

BITTENCOURT, P.; *et al.* Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, vol. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

BONFIM, I.G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface** (Botucatu), 2013.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990, versão 2012. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2012.

_____. Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 20/07/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [da] República Federativa

do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 20/05/2015.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2012a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>> Acesso em 20/05/2015.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas –SENAD. Fundo Nacional Antidrogas. 2010. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/Acesso/institucional/sumario/quemquem/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 25/05/2017.

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7655.htm> Acesso em 19/07/2015.

_____. Portaria 189, de 19 de novembro de 1991. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. 1991. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P189_91psiq.doc. Acesso em: 15/01/2017.

_____. Portaria N° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes para organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. 1992. Disponível em: http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Portaria-ms-224_92.pdf?x20748. Acesso em: 15/01/2017.

_____. BRASIL. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2012c. Disponível

em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15/06/2013.

_____. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/90969-guia-pratico-de-matricamento-em-saude-mental>. Acesso em: 25/013/2017.

_____. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27/05/2017.

BUENOS AIRES, M. L. Vulnerabilidade na adolescência. **Revista de Psicanálise da SPPA**, v. 21, n. 2, p. 305-325, agosto 2014.

CAMPOS JUNIOR, D. The formation of citizens: the pediatrician's role. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3 (Supl.1), p. S23 - S29, 2016.

CAMPOS, C.M.S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.3, p. 271-6, set. 2000.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07.pdf>, acesso em: 10/02/2010.

CANABRAVA, D. S. *et al.* Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 661-668, 2012.

CAPISTRANO, F., C., *et al.* a. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enferm.**, vol. 18, n. 3, p. 468-74, Jul/Set., 2013.

CAPISTRANO, F., C., *et al.* b. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery**, vol 17, n. e, p. 234- 241, abr – jun., 2013.

CARLINI, E. A. *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [*et al.*], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CAVALCANTE, A. C. G.; *et al.* Indicativos do processo de avaliação de serviços de Saúde Mental. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], vol. 16, n. 1, p. 109- 16, jan/mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19987>.

CHAMBERS, R.A.; TAYLOR J.R.; POTENZA, M.N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. **Am J Psychiatry**, vol. 160, n. 6, p. 1041- 52, 2003.

CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.45, n.6, pp.1168-1175, 2011.

CID-10 - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

CLARO, H. G.; *et al.* Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 23, n. 6, p. 1173-1180, 2015.

COELHO, R. *et al.* Child development in primary care: a surveillance proposal. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.92, n. 5, p. 505 – 511, 2016.

CONTANDRIOPOULOS AP. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47

CORDELLINI, J.V.; HEDI, M. S.; MURARO, R. F. Protocolo de atenção à saúde do adolescente. 2ª ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2006.

CORTES, L. F.; *et al.* Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., vol. 16, n. 1, p. 84-92, jan/mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>.

CRIVELARO, M. M.; SGRIGNOLLI, M.; RODRIGUES, E. O enlaçamento da singularidade em uma oficina do modo psicossocial. **Anais do XIX Encontro de Psicologia da Unesp – Assis – SP** (2006). Disponível em: [HTTP://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/30_Marisa_Martin_Crivelato](http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/30_Marisa_Martin_Crivelato). Acesso em 22/04/2010

CRUZ, M.S; *et al.* Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **International Journal of Drug Policy**, v. 24, p. 432-438, 2013.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev. Saúde Pública**, vol. 37, n. 5, p. 629-34, 2003.

DIDONET, A. C. H.; FONTANA, R. T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. **Rev. Rene**, Fortaleza, vol. 12, n. 1, p. 41-8, jan/mar., 2011.

DIEHL, A. *et al.* **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. American Psychiatric Association. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUARTE, M. DE L.C. *et al.* A experiência do matriciamento a partir de uma disciplina de saúde mental. *Rev. Contexto & Saúde Ijuí*, vol. 14 n. 27, p. 70- 74, Jul./Dez. 2014.

FERREIRA, A. M. S. Mandado judicial para abertura de leitos psiquiátricos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. 2006. Disponível em: www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/smental08.pdf. Acesso em: 29/11/2016.

FERREIRA, A. C. Z., *et al.* Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. **Rev Bras Enferm.**, vol 68, n. 3, p. 415-22, 2015.

FORMOZO, *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 1, p. 124- 7, jan/mar, 2012.

FREIRE, S.D.; *et al.* Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/ Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v.61, n.4, p.221-226, 2012.

FREIRE, P. de S.; *et al.* Processo de sucessão em empresa familiar: gestão do conhecimento contornando resistências às mudanças organizacionais. **JISTEM: Journal of Information Systems and Technology Management**, vol. 7, núm. 3, p. 713- 735, 2010.

FREITAS, N. O. de; CARVALHO, K. E. G; ARAÚJO, E. C. de. Estratégia de educação em saúde para um grupo de adolescentes do Recife. **Adolesc. Saude**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 29-36, jan/mar 2017.

GALDURÓZ, J. C.F, *et al.* Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 44. N. 2, p: 267-73, 2010.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA D.T. Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIACOMOZZI, A.I., *et al.* Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p: 612- 622, 2012.

GUIMARÃES, A. N.; *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 22, n. 2, p. 361-9, Abr-Jun., 2013.

GUBA, E.G.; LINCOLN Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN Y.S. **Types of inquiry**. Bloomington, Universidade de Indiana, 1985.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.1014p.

HARTUNG, B.; *et al.* Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. **Forensic Science International**, v.237, p.e11-e13, 2014. Disponível em: [http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738\(14\)00054-1](http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738(14)00054-1). Acesso em: 11/03/2015.

HILDEBRANDT, L. M.; ALANCASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. R. **Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001.

HORTA, R. L.; *et al.* Tobacco, alcohol, and drug use by teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: a gender approach. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 4, p. 775-83, 2007.

HORTA, R. L.; *et al.*, Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.** Suppl., p. 31- 45, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Gráficos sobre a evolução populacional do município de Cascavel – Paraná. 2015.** Disponível em: http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?lang=_ES&codmun=410480&search=parana%7Ccascavel%7Cinfograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria. Acesso em: 20/03/2017.

JANESICK, V. J. Remembering Egon Guba. **Aera Qualitative research sig.**, University of South Florida, May 7, 2008. Disponível em: <http://aeraqrsig.org/memory/egon-guba>. Acesso em: 25/05/2017.

JESUS, M. C. P. de; *et al.* Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, vol. 45, n. 5, p. 1229-36, 2011.

JORGE, K. O.; *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes: problemas relacionados e fatores associados. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 1, p.727-737, jan./jul. 2017.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, n. 31, out./dez., p. 343-355, 2010.

KANTORSKI, L. P. Caminhos para a enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, vol. 9, n1, 2010.

KIRSCHBAUM, D.J.R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, vol. 6, n.19, p. 15- 36. 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B.; *et al.* Uso de drogas ilícitas sob o olhar da equipe de enfermagem. **Rev. Contexto & Saúde Ijuí**, v. 10 n. 20, p. 1399-1404, Jan./Jun. 2011.

KOLLING, N.M.; PETRY, M.; MELO, W.V. Outras abordagens no tratamento da dependência química. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 7-14, 2011.

LARANJEIRAS R.; PINSKY I; ZALESKI M; CAETANO R. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARROBLA, C.; BOTEAGA, N. J. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. **Rev Saúde Pública**, 2006.

LENAD. **II Levantamento nacional de álcool e drogas**. 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 15/01/2017.

LIBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LIMA, I. S., *et al.* História oral de ida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de mato grosso do sul para tratamento de desintoxicação. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol.4, n. 1, 2008.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. Apoyo Matricial en salud mental: una herramienta de apoyo de la atención durante crisis. **Interface** (Botucatu), vol.20, n.58, p.625-635. 2016.

LOPES, P. F.; R. F. GARCIA, A. P.; TOLEDO, V. P. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 15, n. 5, p. 780-788, 2014.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUCCHESI, M.; MALIK, A. M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 43, n. 1, p. 161-168, fev, 2009.

MACEDO, M. M. K.; GOBBI, A.S. **O corpo na adolescência**: território de enlases e desenlases. 2010. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=KU-xihRvFnMC&oi=fnd&pg=PA127&dq=SILVEIRA+mudan%C3%A7as+na+adolesc%C3%A7%C3%A7Ancia&ots=tRbwUPp_JJ&sig=-O94CgPtU2LTdBCPvBB5nQT4gU#v=onepage&q=SILVEIRA%20mudan%C3%A7as%20na%20adolesc%C3%A7%C3%A7Ancia&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=KU-xihRvFnMC&oi=fnd&pg=PA127&dq=SILVEIRA+mudan%C3%A7as+na+adolesc%C3%A7%C3%A7%C3%A7Ancia&ots=tRbwUPp_JJ&sig=-O94CgPtU2LTdBCPvBB5nQT4gU#v=onepage&q=SILVEIRA%20mudan%C3%A7as%20na%20adolesc%C3%A7%C3%A7Ancia&f=false).

MACENA, R. F.; CAPOCCI, P. O. Unidade psiquiátrica em hospitais gerais. **Rev. Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 5, p. 28-32, 2004.

MACHADO, A. L.; COLVEIRO, L de A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Lat –Am. Enfermagem**, vol. 11, n. 5, 2003.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 33, n. 3, p. 58 595, 2013.

MAFTUM, M. A. *et al.* Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, vol. 9, n. 2, p. 309 – 314, abr./jun., 2017.

MAGALHÃES, E.; GOMES, L.; MAGALHÃES, E. Uma análise do processo de formulação e implementação de mudança organizacional: o caso de um instituto de previdência complementar e plano de saúde. III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2008.

MALTA, D.C.; *et al.* Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde escolar. **Rev Bras Epidemiol**. Vol. 14, n. Suplemento I, p: 136-46, 2011.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr.**, vol. 22, suplemento II, p: 32-6, 2000.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. 164p.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.1, p.105-117, 2014.

MENDES, W. P.; CASTRO, S. E. de; FERREIRA, Márcia de A. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 7, n. 2, p. 239- 246, agosto, 2003.

MICCAS, L. F.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, vol. 48, n. 1, p. 170- 185, fev., 2014.

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família: com a palavra os coordenadores**. 2013. 217 f. Tese [Doutorado] – Escola da Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 38 – 42, 2003.

MOMBELLI, M.A.; MARCON, S.S.; COSTA, J.B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 5, n. 63, p. 735-40, 2010.

MONTEIRO, J. da R. **Entre quatro paredes: desafios da atenção em saúde mental no hospital geral**. [Tese]. Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107679/000918427.pdf?sequence=1>.

MORGAN, D. A. da R.; *et al.* As políticas públicas no contexto da educação infantil brasileira. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, vol.22 n.23, 2014.

MONTEIRO, C. B.; SOUZA, C. A. C. de. O paciente que manifesta agressividade na internação psiquiátrica: a representação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery R Enferm.** Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, dez. 2004, p. 439-47. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a17.pdf>. Acesso em: 19/05/2011.

NEVES, K. R, *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, vol. 92, p. 241- 50, 2016.

NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 3, p. 611-614, mar, 2011.

NIMTZ, M. A. *et al.* Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. **Cogitare Enferm.**, vol. 19, n. 4, p. 667-72, Out/Dez. 2014.

OLIVEIRA, W. F. de. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4 , n.9, p.52-71 ,2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. [OMS]. **Relatório mundial sobre prevenção da violência 2014**. World Health Organization, 2014. Acesso em: 10/05/2017. Disponível em: <http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>

PAES, M. R.; *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 479- 84, out/dez, 2009.

PAES, M. R.; BORBA, L. de O.; MAFTUM, M. A. Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, vol. 10, n. 2, p. 204- 247, Abr/Jun. 2011.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. **Cienc Cuid Saúde**, vol. 12, n.1, p. 055-062, Jan/Mar, 2013.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M de F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol.31 n.2, p. 277-84 June 2010.

PAGLIACE, A. G. da S., *et al.*, Violência contra a equipe de enfermagem advinda de pessoas com transtorno mental. **Revista Saúde e Pesquisa**. Aceito para publicação. 2017.

PATTON, M. Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3 ed. Thousand Oaks, EUA: Sage Publications. 2002.

PENA, G das G., et al. Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. **Adolesc. Saude**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 36-50, jan/mar 2016.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatr.**, vol. 26, Supl I., p.14-17, 2004.

PERSEGONA, K. R.; LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I. P. S. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 518 - 525, 2007.

PINHO, L. B. de; *et al.*, Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Cienc Cuid Saúde**, vol. 9, n. 1, p. 28-35, 2011.

PINHO, L. B. de; *et al.* Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Ann Nery**, vol. 17, n. 3, p. 534-541, jul./ set., 2013.

PINTO, A. G. A; *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.3, p.653-660, 2012.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n.12, p.4579-4589, 2011.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm.** Brasília, vol. 61, n. 3, maio/jun, 2008, p. 312-318. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006>. Acesso em: 23/08/2016.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamentos dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.** Vol. 2, n. 2, p. 1- 17, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL. Site oficial do município de Cascavel. 2017. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/>. Acesso em: 25/03/2017.

PROCIANOY, R. S. Environment and development. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, vol. 92, n.1 (Suppl 1), 2016.

QVORTRUP, J. A infância enquanto categoria estrutural. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 631-643, maio/ago. 2010.

RAMOS, T. M. B.; PEDRÃO, L. J. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares. **Paidéia**, vol. 23, n. 54, p. 113-120, 2011.

RE, A. H. N. Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: Implicações para o esporte. **Rev. Motricidade**. Vol. 7, n. 3, p. 55-67, 2011.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S.C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no brasil: atravessando a história para a reflexão. Escola Anna Nery – **Revista de Enfermagem**, vol. 11, n. 4, p. 688-693, 2007.

RIGONI, M. dos S.; *et al.*, O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 267-275, maio/ago. 2007.

ROCHA, G.; BARCELOS, I. C. R. R. A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental: Competência para o cuidado em saúde mental. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.** [online] 2 (Ed. Supl.). vol. 921, out/dez 2010, p.925-921.Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1180> Acesso em: 02/08/2011.

ROCHA, R.; et al. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol.13, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413406>.

ROCHA, J. C. G.; ROCHA JUNIOR, A. Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 4, n. 2, p. 10-22, 2010.

RODRIGUES, R.M.; SCHNEIDER, J.F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev Lat-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 7, n. 3, p. 33- 40, jul., 1999.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P.S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paul Enferm.** Vol. 25, n. 2, p: 314-8, 2012.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P.S. Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 15, n. 3, 2013.

SANTOS, A. Y. dos; *et al.* O apoio matricial na estratégia saúde da família: perspectiva dos familiares de usuários com transtornos psíquicos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.5, n.11, p.145-146, 2013.

SADOCK, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 2, p. 605-614, abril, 2009.

SCHNEIDER, J. F. *et al.*, Concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol. 30, n. 3, p. 397-405, set., 2009.

SERQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.12, p. 6-7, dez.,2014.

SILVA, K. L da; *et al.* Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 14, n. 3, p. 605- 610, jul-set., 2010.

SPRANDEL, L. I. S.; JARDIM, V. M. da R.; KANTORSKI, L. P. A contribuição do centro de atenção psicossocial no processo de autonomia dos usuários. **Rev. Cien. Cuid. Saúde**, 2013.

SILVA, A. G. da; *et al.*, análise de situações de pacientes agressivos em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, vol. 19, núm. 3, p. 444-450, jul./set., 2014.

SILVA *et al.*, 2015 Unidade de terapia intensiva: violência no cotidiano da prática da enfermagem. **Cien. Cui. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 885-892, 2015.

SILVA, T. L.; *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enferm.**, vol.20, n. 1, Jan/Mar, 2015.

SILVA, T. L.; *et al.* Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Rev Min Enferm.**, vol. 18, n. 3, p. 644- 651, jul/set., 2014.

SILVA, A.G. **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental**. 124fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011.

SMELTZER *et al.* **Brunner e Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOARES, R. D.; *et al.* O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 15, núm. 1, p. 110- 115, 2011.

SOUZA, N. C. de; MENESES, A. B .N. T de. O poder disciplinar uma leitura em vigiar e punir. **SABERES**, Natal – RN, v. 1, n.4, jun 2010.

SOUZA, R. C. R. de; *et al.* Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 85-94, out./dez.2010.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAVARES, M. de; *et al.* Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 15, n. 2, p. 282-290, mar-abril, 2014.

TAVARES, B. F.; *et al.* Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**, vol. 35, n. 2, p. 150-158, 2001.

TAVARES, C. M. de M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.15, n.2, p. 287-95, 2006.

TEIXEIRA, E.; *et al.* Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 59, núm. 4, p. 479-487, agosto, 2006.

TIBA I. Adolescente, quem ama cuida. 8ª ed. São Paulo: Integrare, 2005.

THAMES, A.D.; ARBID, N.; SAYEGH, P. Cannabis use and neurocognitive functioning in a non-clinical sample of users. *Addictive behaviors*, v.39, i5, p.994-999, May. 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460314000203> Acesso em: 11/03/2014.

UCHIMRA, K. Y.; BOSI, M. L. M. 2002 Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, n. 6, p. 1561-1569, nov-dez, 2002.

UNODOC. United Nations Office on drugs and crime: world drug report, 2005. Disponível em: https://www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_web.pdf.

UNODOC. United Nations Office on drugs and crime: world drug report, 2012 Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime: world drug report, 2014. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf Acesso em: 22/07/2014.

_____. United Nations Office on drugs and crime: world drug report, 2015. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf.

_____. United Nations Office on drugs and crime: world drug report, 2016. Disponível em: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, p. 322- 5, abr/jun., 2010.

VILELA S. de C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília. Vol. 57, n. 6, p: 738-41, 2004.

WALDOW, V.R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm.**, vol. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.

WHO. World Health Organization. Substance Abuse, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/> Acesso em: 23/05/2014.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, vol. 32, n.80, p. 27-37, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos.4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: *O CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM DESINTOXICAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - HUOP.*

Pesquisadora Responsável: Ângela Gonçalves da Silva

Este projeto tem como objetivo geral *conhecer como ocorre o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes da unidade de desintoxicação de um hospital de ensino do oeste do Paraná.*

Para tanto, será necessário fazer uma entrevista semiestruturada contendo uma questão de pesquisa, com desdobramentos. Durante a execução do projeto, a qualquer momento em que o pesquisado sentir que a pesquisa lhe causa algum tipo de dano ou desconforto, ele poderá interromper sua participação.

Este termo será oferecido em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com a pesquisadora.

Ressaltamos que a participação nesta pesquisa é livre, não cabendo qualquer benefício ou remuneração. Não há riscos, prejuízos, desconforto ou lesões que possam ser provocados pela pesquisa, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas.

Não há benefícios pessoais decorrentes da participação na pesquisa. O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista, e o participante poderá declinar de sua participação na pesquisa a qualquer momento caso se sinta afetado.

Está garantido o cumprimento de todas as determinações ético-legais antes, durante e após o término desta pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste - CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

O contato com a pesquisadora poderá ser feito pelo telefone (45) 9926-7095 entre os horários da 10:00 e 18:00 de segunda a sexta-feira.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

Cascavel, ____ de _____ de 20__.

Nome do participante/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Ângela Gonçalves da Silva, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____.

APÊNDICE II**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Grau de instrução

☐ Ensino médio ☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

Categoria profissional

☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ Técnico em enfermagem

Tempo de trabalho na Unidade de Desintoxicação _____ anos e _____ meses

Já trabalhou ou trabalha em uma instituição de saúde mental? ☐ sim ☐ não

Em caso afirmativo, quanto tempo: _____ anos _____ meses.

Modalidade ☐ Hospital Dia ☐ CAPS ☐ Ambulatório ☐ Hospital Psiquiátrico

Outros: _____

Como ocorreu sua formação em saúde mental?

☐ Somente na disciplina do curso (graduação ou de nível técnico)☐ mestrado☐ especialização☐ aperfeiçoamento☐ capacitação☐ Programa de educação permanente da Instituição

Outros: _____

2 QUESTÃO DE PESQUISA

1. Fale como o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes é desenvolvido nesta Unidade de Desintoxicação.

a. Fale sobre as facilidades para o desenvolvimento desse cuidado;

b. Fale sobre as dificuldades para o desenvolvimento desse cuidado;

c. Quais fatores poderiam contribuir para melhorar o cuidado aqui na Unidade de Desintoxicação?

APÊNDICE III

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Unidade observada: _____

Data da observação: _____

Hora do início: _____ Hora do término: _____

Descrição da unidade:

Descrição das atividades da Unidade de Desintoxicação:

Demais observações do pesquisador:

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DE ENFERMEGAM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM DESINTOXICAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - HUOP.

Pesquisador: Ângela Gonçalves da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22558613.3.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 714.950

Data da Relatoria: 26/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa com temática bastante relevante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos bem claros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Realizada em conformidade com a proposta metodológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ocorreram adequações em resposta a parecer anterior, as quais esclareceram dúvidas existentes no momento da submissão anterior.

Houve a redução do número de membros da equipe de execução do projeto (de 10 para 5) e não a descrição das atividades de cada um.

Houve alteração no tamanho da população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ocorreu adequação dos títulos dos termos e projeto.

Recomendações:

Sem mais recomendações.

Endereço: UNIVERSITÁRIA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prpg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 714.980

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

CASCADEL, 10 de Julho de 2014

Assinado por:
João Fernando Christofolotti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIA
Bairro: UNIVERSITÁRIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prpg@unioeste.br

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO NOME DA INSTITUIÇÃO



AUTORIZAÇÃO DE USO DO NOME DA INSTITUIÇÃO PARA FINS DE PUBLICAÇÃO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Autorizo, para fins de publicação de produção científica, a utilização do nome da instituição "Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP", em produção científica, oriunda do projeto de pesquisa intitulado "O cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes em desintoxicação no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP" aprovado pelo Conselho e Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE sob o Parecer n. 714.950, de responsabilidade da pesquisadora Ângela Gonçalves da Silva.

Cascavel, 25 de julho de 2017.

Enf. Me. Rafael Muniz de Oliveira
Diretor de Enfermagem HUOP
COREN 193.123/Poraria Nº 066/16-GRE

Enf. Me. Rafael Muniz de Oliveira
Diretor de Enfermagem
Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP